الشخصية

والاضطرابات السلوكية والوجدانية

تأليف

د. أمال عبد السميع مليجى باظه
أستاذ الصحة النفسية المساعد ورئيس قسم علم النفس
بكلية التربية بكفر الشيخ

مكتبة الانجلو المصرية
١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

...لأولى
١

الشخصية
والاضطرابات السلوكية والوجدانية

تأليف
د . آمال عبد السميع مليجى باظه
أستاذ الصحة النفسية المساعد
ورئيس قسم علم النفس
بكلية التربية بكفر الشيخ

الطبعة الأولى
١٩٩٧

مكتبة الانجلو المصرية
١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

اهداء

إلى والدي ووالدتي

إلى زوجي وأبنائي

(محمد - أحمد - سالي)

اهدي هذا الكتاب

بسم الله الرحمن الرحيم

(تقديـــم)

يحتوى هذا الكتاب على ثلاثة فصول تفيد المتخصص فى مجال علم النفس وبصفه خاصه مجال الصحة النفسيه . ويحتوى الفصل الأول على عرض موجز لأشهر نظريات الشخصية بطريقة مبسطة ومقارنه . وذلك حيث ان الشخصية تعد بمثابة الجهاز المحدد للسلوك وتم عرض نظرية (آلبورت) التي جمعت بين الوحده الكلية الديناميه والوظيفيه وتم توضيح علاقة كل من السمه والعامل والبعد عند كل من (جيلفورد و أيزنك) والعلاقة بين خصائص الشخصية والمرض . وكذلك الشخصيه والالم كتناول جديد في هذا الكتاب . ويحتوي الفصل الثانى على مجموعة من الاضطرابات السلوكية مثل العدائية والعدوانية مشتملة علي أهم نظرياتهما ومقايسهما سواء التى تم تقينها فى المجتمع المصري أو ماهو شائع في التراث السيكولوجي والفروق الجنسية في السلوك العدوانى وصوره والآثار السلبيه لتعرض الإناث والسيدات للعنف والعـــــدوان .

ويحتوى هذا الفصل أيضا علي مشاعر الذنب ومستوياتها ومصادرها ثم كيفيه قياسها وموجز عن الاختبار المعد لقياسها . بالاضافه الى السلبيه نحو الذات والعالم والمستقبل التي يعتبرها (بلاك بورن) أسلوب معرفى وتم تقنين مقياسا للأبعاد الثلاثه السابقه هذا بالاضافه الى وجود جزء خاص باضطرابات الاكل باشهر صورتين هما : فقدان الشهيه العصبي وشره الطعام وتم عرض أكثر من نظريه ونموذج تحليلى وظيفى لتفسير حدوثهما . ويعتبر الكتابه فى هذا الجزء بنظرياتها الحديثه مجال رائد من مجالات الصحه النفسيه .

وفى الفصل الثالث : تم مناقشة وعرض الافكار الخاصة بتصنيف الاضطرابات الوجدانيه حيث أطلق عليها فى دليل تشخيص الامراض العقليه والنفسيه الذى تصدره رابطه الاخصائيين الامريكين فى طبعته الاخيره . وتم عرض كل من اضطراب الاكتئاب بأنواعه ومقاييسه والتداخل مع اضطراب القلق . وكذلك الاضطراب الهستيرى والاضطراب الوسواسى القهرى .

ويشتمل هذا الكتاب على تعريف مجموعة من المقاييس النفسيه الحديثه التي اعدت للمتخصص النفسى العربى كل عقب الجزء الخاص بها .

ويتناول هذا الكتاب أمثلة للاضطرابات سواء السلوكية أو الوجدانيه الاكثر شيوعا .

وأسجد لله العلى العظيم على توفيقه لى فى اعداد هذا الكتاب مع دعائى .

" اللهم انى أعوذ بك من علم لاينفع "

د. آمال عبد السميع باظه

١٩٩٧م

الفصل الأول

الشخصيـــــة

- نظريات الشخصيه .
- الســـــمات .
- الابعـــــاد .
- الانمـــــاط .
- الشخصية والمرض .
- الشخصية لبعض الحالات المرضية .

نظريات الشخصيـــــه

أولا : نظريه السمات ـ الأنماط ـ الأبعـــــاد

تقسيم السمات عند " البـورت "

أ :. السمات العامه والخاصه (الفريـــده) :

السمات العامه هـى السمات المشتركه أو الشائعـه بين عـدد كبير من الا فــــــر في حضاره معينه وقد تكون في حضارات كثيره كذلك . او قـد تشيع بين الا فـــراد علـــى وجـه العموم ومن أمثله السمات المشتركه للشخصيه الشيطره والا نطواء ـ الا تزان الوجدانـــي والسمه العامـه هي مظاهر عديده للشخصيه يمكننا ان نقارن بها بصوره معتدله جميع الا فراد الذين ينتمون الى بيئه ثقافيه معينه ، فالسمات العامه اذا تلك المظاهر من الشخصيــــه التي يمكننا أن نقارن بها بصوره معتدله ومفيده معظم الا فراد في بيئه ثقافيه معينـه .

يعرف " البـورت " (١٩٣٧) السمه العامه بأنها فئه تصنف فيها أشكال السلـــــوك المتكافئه وظيفيا لدى المجموع العام من الناس ورغم تأثرهـا باعتبارات مصطنعـه فـــــان السمه المشتركه تعكس الى حـد ما الاستعدادات الحقيقيه والتي يمكن مقارنتها لـــــدى الكثير من الشخصيات ونتيجـه للطبيعه البشريه العامـه والثقافيـه المشتركه فانهـا تنتمـــى أساليب متشابهه من توافقهـم مع بيئاتهـم ولكن بدرجـات مختلفــه .

والسمه الفرديه هي فحسب التي يمكن اعتبارها سمـه حقيقيـه لان السمات توجـد دائمـا في افـراد وليس في المجموع بشكل عام ولانها تتحاور وتعـمم الى استعدادات ديناميه بطـرق فريده وفقاً لخبرات كل فرد وان السمه المشتركه ليست سمـه حقيقيه على الا انها مجرد جانب صالح للقياس من السمات الفريده المعقده ، ورغـم وجود تشابهات فــــي أبنيه السمه لدى أفراد مختلفين فان الطريقه التي تعمل بها أيه سمـه بالذات لدى شخـص

معين تكون دائماً خصائص فريده تميزها عن جميع السمات المشابهه لدى الاشخاص الآخرين وهكذا فان السمات جميعها سمات فرديه وفريده ولا تخلع الا على فرد بعينه.

ورغم توضيح "ألبورت لأهميه كلا النوعين من السمات العامه والخاصه أو المشتركه والفريده ا انه يضع السمات المشتركه في مستوى أدنى من الفريده اذا يرى أن الاخيره هي الجديره بالدراسه وهو يبدو في ذلك بفكره التغير والتفرد ، ولكن فكره "ألبورت" هذه لا يوافق عليها كثير من دارسي الشخصيه وخصوصاً الذين يستخدمون منهج التحليل العاملي ، ذلك أن العلم يهتم بالدرجه الاولى بالجوانب العامه التي يشترك فيها الافراد ويتشابهون وهذا المدخل الأخير يساعد على امكان اجراء القياس وعقد المقارنات .

وعلى أى حال فان هذا الخلاف يعكس التعارض القائم في علم النفس عامه بين المنهج الاحصائي أو السيكومتري الذى يركز على ما هو مشترك مقابل المنهج الكلينيكي الذى يركز على السمات الفرديه ودراسه الحاله ولو ان وجهه النظر الكلينيكيه الحديثه تعتمد على اسس سيكومتريه احصائيه .

ب : السمات الأصليه (الأساسيه) والمركزيه والثانويه :

انه من المفيد ان نتعرف على ان السمات قد تختلف في دلالتها وأهميتها في بناء الشخصيه حيث ان بعض الافراد قد تكون لديهم سمه واحده قويه الى حد أ معظم سلوكهم يتأثر بها وهي ما تسمى بالسمه الرئيسيه وأنها تبلغ من السياده قدرا لا تستطيع سوى نشاطات قليله ألا تخضع لتأثيرها أما بشكل مباشرا أوغير مباشر ولا يمكن لمثل تلك السمه ان تظل مختفيه طويلا فالفرد يعرف بها حتى أنه يصبح مشهورا بها ويطلق أحيانا على مثل تلك الصفه السائده اسم السمه البارزه أو الشهوه . المسيطره أو العاطفه السائده أو أصل الحياه والسمات المركزيه وهي أكثر شيوعاً وهي تمثل الميول التي تميز الفرد تماماً والتي كثيرا ما تظهر ويكون استنتاجها سهلا تماماً وعددها لا يتجاوز خمس أو عشر سمات ، أما السمات الثانويه فهي اقل حدوثا

وأقل اعمية فى وصف الشخصيه وأكثر تركزا من حيث الاستجابات التى تؤدى اليهـا وأيضـا من حيث المنبهات التى تناسبهـا .

ج : السمات التعبيريـه والاتجاهيـه :-

السمات التعبيريه هـى سمـات معينه تؤثر على شكل السلوك أو تلونه ولكنها لا تكـون واقعيه لدى أغلب الافراد (كما هو الحال بالنسبه للميول والقيم والغايات البعيـده ومن أمثلتها السيطره والمثابره وقد يظهر الفرد تلك السمات بصرف النظر عن الهـدف الذى يسعى اليه أما السمات الاتجاهيه فهى سمات ذات تأثير محدود فى مجالات معينة من مجالات الحياه ، ويعد تصنيفه للسمات يوضح ان السمات ليست مستقله بل متداخلـه ولا يوجد فاصله بين سمه وآخرى وهذا التداخل يفسر بشكل جزئى انه ليس فى الامكـان التوصل الى طرق مرضيه تماماً لتصنيف السمات ، ورغم ان السمات يتم انتظامهـا بشكل فريد وفردى يضم عناصر تبدو متسقه والذى يعكسه السلوك فلا يعنى ذلـك أن أى أو كل خصيه تحقق تكاملا تامـا والكبت والتفكك قد يوجدان خلال أى حيـاه.

تقسيم السمات عند كاتـل :

أولا : من حيث الشموليـه :

أ : سمـات مصدريـه .

ب : سمـات سطحيـه .

والسمات المصدريه هى التكوينات الحقيقيه الكامنه خلف السمات السطحيه والتى تساعد على تحديد وتفسير السلوك الانسانى والسمات وهى ثابته وذات أهميه بالغه ويمكـن أن تقسم الى سمات تكوينيه وسمات تشكلها البيئه الاولى داخليه وذات أساس وراثى والثانيه تصدر عن البيئه وتتشكل بالاحداث التى تجرى فى البيئه التى يعيش فيها الفـرد .

والسمات السطحية هى تجمعات للظواهر أو الاحداث السلوكيه التى يمكن ملاحظاتها وهى أقل ثباتاً كما أنها مجرد سمات وصفيه ومن ثم فهى أقل أهميه من وجهه نظر كاتل بل انها الوسيط لظهور السمات المصدريه .

ثانيا : من حيث العموميه :

أ : سمات عامه .

ب: سمات فريده.

ويتفق كاتل مع ألبورت فى اعتبار أن هناك سمات مشتركه تتسم بها الافراد جميعاً أو على الاقل جميع الافراد الذين يشتركون فى خبرات اجتماعيه معينه وثقافه واحده وهو يوافق بالاضافه الى ما سبق على ان هناك سمات فريده لا تتوافر الا لدى فرد معين ولا يمكن أن توجد لدى أى شخص آخر هذه الصوره بالضبط ويمضى خطوه أبعد مقترحاً تقسيم السمات الفريده الى سمات فريده نسبيا وسمات فريده جوهرياً بحيث تستمد الاولى تفردها من فروق طفيفه فى ترتيب العناصر التى تكون السمه فى حين يتسم الفرد فى الاخيره بسمه مختلفه أصلا ولا يتسم بها أى شخص آخر .

ثالثا : من حيث النوعيه :

أ: السمات المعرفيه :

(سمات عقليه ، وتتعلق بالفعاليه التى يصل بها الفرد الى الهدف مثل الذكاء والقدرات والثقافه والمعارف العامه والمهنيه وفكره الفرد عن نفسه ووجهه نظره وادراكه للناس والواقع.

ب : السمات الوجدانيه :

وتتصل باصدار الافعال السلوكيه وهى التى تختص بالاتجاهات العقليه أو بالدافعيه والميول أى تتعلق بتهيئه الفرد للسعى نحو بعض الاهداف .

جـ : السمات المزاجيـــه :

وتختص بالايقاع والشكل والمثابره وغيرها وهـى ما تعرف بالسمات السلوكيه وتتعلق بجوانـب تكوينيه للاستجابـه كالسرعه أو الطاقه أو الاستجابه الانفعاليـه .

تقسيم السمات عند جيلفورد :

قسم جيلفورد السمات عامه الى ثلاثه أقسام سمات ومورفولوجيـه وفسيولوجيـه وسيكولوجيه

ثالثا : العوامل المؤثره فى تكويـن :

تتون السمات الانفعاليه فى الفرد نتيجه لتفاعل عوامل هامه فى تكوينها وهـى :

أ : الوراثـــه :

من المعلوم ان هناك صفات معينه توجد نتيجه لعوامل وراثيه مثال ذلك خواص الشخص العصابى فيما يتعلق بنواحى القلق الانفعالى له حيث يرجع غالبا الى عوامل وراثيه لهـا علاقه بالجهاز العصبى والاشخاص الذين يظهرون ويعبرون عن هذه الصفه بدرجـه ملحوظه يظهرون علامات مختلفه من عدم التوازن الذاتـى والاستجابات الانفعاليـه التى ليس من الضرورى ارتباطها بالقلق الانفعالى للعصابى قد يرجع أيضاً لوظيفـه وراثيه ثم ان الميل لاعاده الاستجابه نفسها وثباتها للمؤثر البسيط قد يعتمد على حالـه الفرد الذاتيـه .

ب : الوظيفه الفسيولوجيـه :

بجانب العوامل الوراثيه السالفه الذكر المؤثره فى تكوين السمات الانفعاليـه توجد أيضا عوامل اخرى هامه مؤثره وهى الوظائف الفسيولوجيه للاعضاء ، فالطفل

الذى يمثل الغذاء بتمو سريعاً وتكون طاقته متزايده فيكون نماذج من الصفات تظل كما هى بعد تغير الحاله الفسيولوجيه الداخليه ، فالغذاء وكيمياء الدم وافرازات الغدد وعوامل أخرى متشابهه كلها تؤثر فى تكوين تلك السمات الانفعاليه ، كذلك يمكن لأى حالة مرضيه عضويه مستمره لمده طويله تكوين سمه انفعاليه سطحيه والمقصود بالسمه الانفعاليه السطحيه السمه الانفعاليه التى يسهل التعبير عنها بسهوله وسرعه أثناء تفاعل الفرد مع غيره أو مع موقف حوله وتعتبر تلك السمات وكأنها موجوده فى السطح الخارجى للشخصيه فهى لذلك تتفاعل مباشره مع البيئه حولها وقد سماها "كاتل" بالسمات السطحيه وهناك نوع آخر من السمات الانفعاليه تقع فى مستوى أعمق داخل الشخصيه أى انها تلى السمات السطحيه الى الداخل وهذه السمات لا يسهل التعبير عنها أو اظهارها نتيجه الاحتكاك أو التفاعل مع البيئه أو الموضوعات الخارجيه ولا بد للتعبير عنها خلال السمات السطحيه وليس من السهل تحديد عدد السمات السطحيه أوعدد السمات المصدريه

ج : العوامل البيئيه المستمره:

اثبتت دراسات كثيره ان الانعزال مده طويله والفقر لدرجه كبيره يسبب كبتا بيولوجيا ، فالطفل الذى يكون منعزلا حتى ولو لبضع سنين فى حياته الاولى ليس من السهل عليه ان يصبح اجتماعيا - وإستمرار الشجار والاتجاه العدوانى من البالغين له بدون شك تأثير فى تكوين صفات معينه فى الاطفال وقد قدم (فرد لاندر ١٩٤٥) عدده تقارير كدراسه لرجل ذو نقص عقلى وشخصت أعراض المرض وهى عوده كليه الى الطفوله وعدم القدره على عمل شئ مع غباء شديد وتدهور عقلى .

تأثير خبرات النمو :

من المعلوم أن الصفه الخاصه بزداد ثباتها مع الوقت والصفات المختلفه لتصبح مجموعه متداخله ومترابطه بمرور الوقت ومثل هذه الظواهر تساعدنا على فهم هذه الحقيقه .

اختبار المشـــير :

يعتبر اختبار المشير من الاسس السيكولوجيه الهامه التى لها علاقه باستمرار وتكامـــــل السمات الانفعاليه ومعنى هذا ان الشخص لا يستجيب لكل المواقف التى قد تعرض ولكنه يختار منها الذى يلائم آرائه الحاضره والذى يحبه ويفضله ، مثال ذلك الأشخاص المرحـــين يميلون لزياده المرح بينما هؤلاء الميالون للحزن يكونـون ميالون بطبعهـم نحو الكآبـــــه وعلى ذلك تكون المواقف المبنيه على خبرات ساره أو خبرات غير ساره سابقه مسببـــــه لازياده درجه التوافق والتماثل بين السمات الانفعاليه فى الشخصيـه .

٢- النسيان الانتقائـــــى :

مظهر آخر من المظاهر الهامه فى نفس المعنى هو النسيان الانتقائى اذا أن النـــاس عاده ما ينسون الاشياء والآراء التى لا تطابق تماماً الأحكام السابقه المتكونه ، فمثلا مريـض البارانويا ينسى كل الأفعال الطيبه الساره التى تمر بـه ولكنه يتذكر بدقه كل الاحـــداث غير الساره وأنواع السلوك العدوانى ضـــده .

٣- تغـيير الحقائق والاختـــلاق :

كثيرا ما يحدث ان يغير الشخص الأحداث التى يذكرهـا لتلائم ما يرغبه وقد يبعـــد أكثر من ذلك ويختلق احداثاً ليس لها أساس من الصدق نخلص من ذلك ان الوراثـــــه والوظائـف النسيولوجيه والبيئيه والخبرات التى تقابل الفرد اثناء نموه تساهم جميعهـــا فى عمليه تكوين السمات الانفعاليه فى الشخصيه أى انه يمكن اعتبار السمات الانفعاليه فـــى الشخصيه محصله لتلك القوى الاربـــــع .

وهناك عده مراحل يمر بها العالم من اجل الوصول الى مفهوم لخصها (سيد غنيم ١٩٧٨) فيما يلــى

أ. المرحله الاولــى : وفيها تعزى السمه الى الانفعال أو السلوك الذى يقوم به الفــرد وتصرفاته فى عديد من المواقف ومن هذه الملاحظات قد نستدل على وجود بعض الخصائــص المشتركه بينها ومن ثم نميل الى وصف هذه الانفعال بصفه أو صفات معينه كأن نقول مثــلا انه يعمل بحذر أو بثقه أو بسرعه ، ففى المرحله الاولى من تكوين السمه نعزو الصفــه الى السلوك لا الى الشخــص .

ب. المرحله الثانيه : وفيها تعزى السمه الى الشخص الذى يقوم بالسلوك كأن نقول عنــه انه حذر أو واثق أو متسرع ومن الطبيعى ان ينتقل الوصف من السلوك الى الشخص . فالسلوك قد يكون وقتيا وعابرا أما الشخص فهو موجود سواء قبل القيــام بالسلوك أو بعده ومن خبرتنــا اليوميه نلاحظ ان الناس على قدر الثبات فعند رؤيتنا لنوع من السلوك الذى يسلكه الفرد فى هذا الحين نميل الى وصف الفرد بسمه ما حسب الموقف الذى يوجد فيه حقيقه . وقــد يخرج الفرد أحيانا على هذه السمه التى نصفه بها ولكن الغالبيه العظمى من هــذا السلوك يمكن ان تنطبق عيها هذه السمــه .

ج. المرحل الثالثه : تسميه المفهوم أو السمه فبعد ان نقرر امكانيه وصف الشخص بصفــه ما نتيجه ملاحظتنا لسلوكه على فتره طويله من الزمن فاننا نشير الى هذه الصفه كشــئ ما ونعطيها اسما فنقول ان هذا الشخص لديه سمه معينه هى سمه الحرص أو الثقــه بالنفس أو غيرها من السمــات :

هذا وقد وضع البورت ثمانيه معايير لتحديد السمه لخصها " سيد غــنيم " لما يلــى

١- ان للسمه أكثر من وجود اسمى (يعنى انها عادات على مستوى أكثر تعقيداً .

٢- ان السمه أكثر عموميه من العاده (عادان أو اكثر) تنتظمان وتتسقان معاً لتكون سمه.
٣- أن السمه ديناميه بمعنى أنها تقوم بدور دافعى فى كل سلوك .
٤- أن وجود السمه يمكن ان يتحدد تجريبيا أو احصائياً وهذا ما يتضح من الاستجابات المتكرره للفرد فى المواقف المختلفه أو فى المعالجه الاحصائيه على نحو ما نجد فى الدراسات العامليه عند أيزنك وكاتل وغيرهما
٥- السمات ليست مستقله بعضها عن بعض ولكنها عاده ترتبط فيما بينها ارتباطاً موجبا .
٦- أن سمه الشخصيه اذا نظرنا اليها سكولوجيا قد لا يكون لها نفس الدلاله الخلقيه التى للسمه (فهى قد تتفق) أو لا تتفق والمفهوم الاجتماعى المتعارف عليه لهذه السمه) .
٧- أن الافعال والعادات غير المتسقه عاده مع سمه ما ليست دليلاً على عدم وجود هذه السمه فقد تظهر سمات متناقضه أحيانا لدى الفرد على نحو ما نجد فى سمه النظافه أو الاهمال
٨- أن سمه ما قد ينظر اليها فى ضوء الشخصيه التى تحتويها بالنسبه للمجموع العام من الناس أى ان السمات إما أن تكون فريده أو ما أسماها " البورت " باسم الاستعدادات الشخصيه أو قد تكون عامه ومشتركه بين الناس .

هذا ومسلمه وجود السمات تتأكد من ثلاث حقائق هى :-
١- لشخصيات الافراد درجه مرتفعه من الاتساق فان الشخص ويكشف عن نفس الاستجابات التعوديه خلال عدد كبير من المواقف المتشابهه .
٢- بالنسبه لاى عاده فاننا يمكن أن نجد بين الناس اختلافا فى الدرجه وفى كميه هذا السلوك
٣- لشخصيات الافراد نوع من الاستقرار فان الشخص الذى يحصل على درجه معينه فى أحد المقاييس هذا العام فانه سيحصل فى العاده على درجه مشابهه الى حد ما فى العام التالى .

وتؤدى بنا هذه الحقائق الثلاث الى أن ننظر الى سمات الشخصيه كنوع من العادات العامه قادره على ان تستدعى عن طريق عدد كبير من المواقف وان النظر الى الشخصيه فى

ضوء السمات يماثل أن يصف طريقة اقتصاديه الاختلافات الجوهريه فى السلوك مع اهمال العادات غير الهامه .

خامسا : كيفيه قياس السمات :

تعتبر مشكله قياس السمات هى مشكله قياس الشخصيه وهناك العديد من الاختبارات التى وضعت لقياسها وتحديدها مع استخدام الاسلوب الاحصائى المناسب من تلك الطرق الاساسيه للقياس .

١- موازين التقدير :-

يقوم بها محك واحد للشخص يتم اختياره لمعرفته بالمفحوص أولانه على درجه عاليه من المهاره فى استخدام المقياس وهذه الطريقه لها عيبان هما :

أ: تأثر المحكم بشخصيه المفحوص أو الميل العام نحو تأثير المحكم على شخص ما بصدد سمه واحده على حكمه عليه فيما يتعلق بسمه أخرى حتى اذا لم يكن هناك ارتباط منطقى بين هاتين السمتين .

ب: الغموض بمعانى السمات وسبب الغموض ان المرء لا يمكن ان يكن على ثقه تامه وان كل مقدر سيفهم معنى السمه بنفس الطريقه وللتغلب على هذه العيوب

أولا : يفضل استخدام أكثر من محكم (أو مقدر) .

ثانيا : اضافه وصف موجز لكل بند فى المقياس بدلا من استخدام صفه واحده ومن مزاياها أنها محدده ومأمونه أما الموازين الذاتيه فقد ثبت أنها لا يمكن الاعتماد عليها ان لم تقارن بتقديرات الغير وهى وسائل لتقدير السمات الاجتماعيه والمزاجيه والخلقيه ووصفها كميا وتقدير مدى وجودها لدى الفرد .

١- موازيـــن التقديـــــر .

ويقوم بها محكم واحـد للشخص يتم اختياره لمعرفته بالمفحوص أو لانـه على درجـه عاليـــه من المهاره في استخدام المقياس وهـذه الطريقه لها عيبان هما :-

أ : تأثير المحكم بشخصيه المفحوص أو الميل العام نحو تأثير المحك على شخص ما بصـــــدد سمه واحـده على حكمه عليه فيما يتعلق بسمه أخرى حـتى اذا لم يكن هناك ارتبـــــاط منطقي بين هاتـين السمتـين .

ب : الغموض بمعاني السمات وسبب الغموض ان المرء لا يمكن ان يكون على ثقه تامه وأن كـــل مقدار سيفهم معـنى السمـه بنفس الطريقه وللتغلب على هذه العيـوب :

أولا : يفضل استخدام اكثر من محكـم (أو مقـدر) .

ثانيا : اضافه وصف موجز لكل بنـد في المقياس بدلا من استخدام صفه واحـده ومن مزاياها أنها محدده ومأمونـة أما الموازين الذاتيه فقد ثبت أنها لا يمكن الاعتماد عليها ان لـم تقارن بتقديرات الغـير وهي وسائل لتقدير السمات الاجتماعيه والمزاجيه والخلقيـه ووصفها كميا وتقدير مدى وجودها لدى الفـرد .

٢- الاستبيانـــــات .

وتسمى أحياناً " الاستخبارات " أو " الاستفتاءات " وهي أكثر الاختبارات شيوعـــــا ويتكون الاستبيان النموذجي أو الاختبار الذاتي من سلسله من العبارات أو الجمـل يطلـب من المفحوص أو المستجيب أن يقول ما اذا كانت كل جمله حقيقيه أو كاذبـه عندما تنطبق عليـه هو شخصياً وفي النهايه تؤخذ اجاباته على أنها تعميم واسع النطاق وتسهم كل اجابـه في الدرجه الكليه التي يحصل عليها المفحوص على سمه أو اكثر تبعـا لنظـــــــام الاستبيـان السابق تنظيمـه - وكلما زاد عدد العبارات التي تقيس السمه الواحـده كلمـــا

كانت الدرجه الكليه التي يحصل عليها المفحوص على درجه أكبر من الثبات ، وباثبات مدى صدق الاختبار بصوره شامله على طريق تطبيق مجموعه من مقاييس التقدير لنفس المفحوصين .

ومن عيوب الاستبيانات أن محتوى العبيارات نادار ما يكون على درجه كافيه من الوضوح . ولقد أشار " ادواردز " الى أن كل عباره في الاستبيان لها عنصر معين من الاستحسان الاجتماعي على نطاق أكبر أو أقل وهذا يقدم الفرصه الكافيه للمفحوص في أن يتظاهر بأنه فاضل نبيل ولذلك ابتدع اسيكومتريون مقياسا أطلقوا عليه اسم مقياس الكذب ليحموا انفسهم من هذا المصدر للانحياز ويتكون هذا المقياس من عدد من العبارات الانتقاديه التي تنتشر بين العبارات الأخرى وبصوره غيره واضحه حتى تصلح كشرك . ويتم استبعاد الحاصلين على درجه عاليه على مقياس الكذب .

ومن عيوب الاستبيانات أنه يشك فيها لاعتمادها على صدق المفحوص ذاته .

١- الاختبار الموضوعي :

وينقسم الاختبار الموضوعي الى نوعين أساسين هما :

الاختبار السلوكي والاختيار الفسيولوجي ، فالاختبارات الاولى تقيس بعض جوانب الأداء الصريح للمفحوص على مهام تجريبيه محدده مثل السرعه - الطلاقه - المرونه - الاصرار وهكذا بينما المقاييس الأخرى ، تقيس ردود الأفعال الفسيولوجيه على بعض المثيرات الدافعيه . عن طريق تسجيل التغييرات في معدل النبض - ضغط الدم - مقاومه الجلد الكهربيه ، افرازات الغدد ومما يعوق كلا النوعين من الاختبار الموضوعي ليس مجرد استغراقها وقتا طويلا أولانهما يستلزمان تسهيلات خاصه بالمعامل المجهزه والمدربين ، ولكن كلا النوعين ينقصهما الصدق والثبات فالدرجه التي يحصل عليها المفحوص عرضه للتأثير وبدرجه كبيره بالاحداث التي يتضمنها

موقف الاختبار وبالتالي فالنتيجه التي نحصل عليها من الاختبارات الموضوعيه ضئيلـــــه الأهميه بالقياس الى الجهد المطلوب للحصول عليهـا .

٤- الاختبارات التعبيريه والاسقاطيـــه :

وتعتمد الاختبارات الاولى على افتراض ان الشخصيه تنعكس فى حركاتنا وحالاتنا المزاجيه وطريقتنا فى العمل والآداء أى السرعه والايماءات وملامح الوجه والمظهر الخارجـــى والخط وغيرهـا . وعلى الرغم من ان المحاولات التي بذلت لجعلها نوعيه ومحكمه ولكـــن يعوزها الصـدق .

وقامت الاختبارات الاسقاطيـه على خاصيه اداراكيه وهـى أن الموقف الخارجي ان كـــان غامضا ومبهما أوغير واضح فانه يفسح المجال لشتى التأويلات الذاتيه ، فهى اختبـارات مقننه تتكون من مواد مبهمه غامضه لفظيه وغير لفظيه ، سمعيه وبصريه - لا تستخـــدم هـذه الاختبارات لقياس سمه واحده أو عده سمات من الشخصيه فى جملتها والكشف عـــن الجوانب اللاشعوريه من الشخصيـــه .

وتشتق الاختبارات الاسقاطيه اساسها المنطقي مما يسمى بديناميات اللاشعور لتظهـر التخيلات ومستوى الطموح والاتجاهات ومنها اختبار التـات (   ) واختبـار بقع الحبر (الوروشاخ) واختبار تداعى المعانـى أو تكمله الجمل الناقصـــه .

ويؤكـد " بلوف " على ضروره استخدام الاختبارات الاسقاطيه بجانب الاختبارات السابقـــه بقولـه " ليس هناك تعارض بين استخدام الاختبارات الاسقاطيه والاختبارات السابقة الـــتى تحاول قياس السمات الفرديـه " المتميزه بصوره نوعيه ويجب على مصمم الاختبارات الموضوعيــه والسلوكيه استخدام الاختبارات التعبيريـه والاسقاطيـــه .

سادساً : العلاقه بين السمات والعوامل والانمـاط:

فما سبق لتناولت الباحثه السمات وخصائصها وأنواعها وتعريفها فلا داعى للتكرار ولذلك نبدأ بالعوامل :

تعريف العامل :

العامل هو مفهوم رياضي يفسر سيكولوجيا ومستمدا من استخدام منهج التحليل العاملى لمعاملات الارتباط بين مجموعه من المقاييس السلوكيه ويعرف العامل ومعجم ولمان ١٩٧٣ ، ص ١٣٩) على أنه التأثير الكامن والمسئول عن جزء من الفروق الفرديه لعدد من المظاهر السلوكيه ، ويعرف " صلاح مخيمر " العامل بأنه لافته رياضيه لتكثيف عدد من السمات أنتهت الى العموميه المجرده ابتداء من التسجيل القياس ولا يفرق بين العوامل والانماط الا من حيث الوسيله فالاولى تعتمد على التحليل العاملى والثانيه على ذاتيه الباحث وكلاهما تفكير بلغه الفئات (المنهج الارسططالى) .

وبذلك يتفق رأيه مع وجهه نظر (فيرنون) الذى يعتبر أن العوامل ينظر اليها أساسا على أنها قوائم التصنيف العقلى أو الأداءات السلوكيه أكثر من النظر اليهاكوحدات فى العقل أو الجهاز العصبى وكذلك (انستازى) تذهب الى ان العوامل هى مجرد تصورات احصائيه وهذا يتفق مع رأى (ألبورت) من أنه انتاج رياضى وليس له معنى سيكولوجى .

توصل " جيلفورد " الى ١٣ عاملا أساسيا للشخصيه بعد حساب الارتباطات المتبادله من بنود عديده من استخبارات ويذهب " جيلفورد " الى ان العوامل التى تحصل عليها من التحليل العاملى تمثل حقائق سيكولوجيه .

واعتمد " كاتل " كذلك على التحليل العاملى ووجه اهتمامه الى تحديد السمات الاساسيه للشخصيه وتوصل الى ١٦ عاملا للشخصيه ، وباجراء التحليل العاملى لهذه العوامل السته عشر من الرتبه الثانيه كشف عن وجود عاملى الانبساط والعصابيه ويمكن ان يقارننا

معوامل "ايزنك" الانبساط والعصابية ول "كاتل" وجهة نظر خاصة الى التحليل العاملي على انـه ليس منهجاً لتخفيض البيانات . بل على أنـه وسيلة هامة جداً للكشف عن الوحدات السببيـة أى السمات الاساسية (المصدرية) التي تكمن خلف تجمعات السمات السطحية التي ترتبـط بمتغيرات الشخصية ومن هنا يتضح ان السمات المصدرية (الاساسية) هـي العوامـل التي توصل اليها "كاتـل" من وجهـة نظـره .

العوامل عند أيزنـك :

تعتبر نظرية أيزنك عاملية لاستخدام التحليل العاملي ولكنه استعار لفظ البعد من الهندسـه وهو يحدد نتيجة لبحوثه خمسة عوامل راقية عريضة ذات أهمية في وصف الشخصية وهـي :

١- الانبسـاط .
٢- العصابيـة .
٣- الذهانيـة .
٤- الذكـاء .
٥- المحافظة مقابل التقدميـة .

البعـد :-

تعريفـه :

يعتبر تلخيصا بلغة رياضية لعدد كبير من أبعاد أخرى صغرى وهذه الابعاد الصغـرى تقف أقرب ما تكـون الى وقائع النشاط النفسي أو مظاهره . ومعنى ذلك ان البعد ماهو الا اطـار تنظم داخل مظاهر السلوك في مجموعات متماسكة الى حـد كبير يجمع بين أفراد كل منها جامـع الاتفاق في سرعة النضج واتجاهـه فهي تزداد معا وتنقص معا وتتشتت على قدر معين مـعاً .

ويعرف " سويف " أبعاد الشخصيه بأنها مفاهيم احصائيه في طبيعتها تقوم بمثابه خطوط وهميه كخطوط الطول والعرض على الكره الارضيه وليس لها وجود فعلي في الحياه النفسيه كوجود عمليات التفكير أو الحركه . ولكنها مع ذلك مفيده جداً في بناء علينا كفائده خطوط الطول والعرض لتنظيم قسط من معلوماتنا وفي علم النفس الحديث دارت الدراسات حول تحديد الابعاد أو العوامل المختلفه للشخصيه وقد نسميها محاور أو السمات وهي متعدده لمسمى واحد .

ويتكون البعد عند أيزنك من عدد من السمات الاوليه وتستمد السمه اهميتها في اسهامها في التعريف العام للابعاد الكامنه لـلشخصيه أو طرزها واستخدامها في مزيد من التحديد لتلك الأنماط أو الطرز . والطرز تنظيم للسمات في بنيان أكثر عموميه أى ان الطرز تقابل العامل العام والسمه تقابل العامل الطائفي .

النمط :

لم يفرق "احمد راجح" بين الطراز والنمط ، ويعرفه بفئه أو صنف من الافراد يشتركون في نفس الصفات العامه وان اختلف بعضهم عن بعض في درجه اتسامهم بهذه الصفات أو هو مجموعه من السمات المترابطه . فالنمط لا يعني شيئا أكثر من أن بعض الناس يشبهون أناسا آخرين معينه ، أى ان النمط يحتوى على أكثر مما يوجد في فرد واحد بعينه الأنماط لا توجد في الطبيعه ولكنها توجد في عين الملاحظ الباحث . أى انه مفهوم افتراضي تجريدي نظري .

والبعض يطلق على النمط " للطراز" ولكن " البورت " يميز بين السمات والطرز على حسب مقدار اقتراب كل منها من الفرد فمن الممكن القول بأن الفرد يمتلك سمه معينه وليس طرازا والطرز عباره عن تكوينات نموذجيه يقيمها الملاحظ ويمكن ان يطابق بينها وبين الفرد ولكن على حساب فقدانه لهويته المميزه والسمه يمكن ان تعبر عن تفرد الشخص على حين يستلزم الطراز اخفاء ذلك التفرد . وهكذا فان الطرز تمثل لدى " البورت " تمييزات

مصطنعـه ليس لها تشابه وثيق بالواقع . في حين أن السمات انعكاسات حقيقيه . لما هو موجود.

يونج والأنماط السيكولوجيـه :

يرتبط بحث الانطواء والانبساط " بكارل يونج " وهو لم يبتكـر تغـيرات الانبساطيه والانطوائيه ولكنه أخذها من استعمال طبى شائع حيث كانت تستخدم بالتأكيد منذ أكثر من مائتي عام كما أنـه لم يكن أول من وصف هذه الانواع من الامزجـه كما يعتقد فهـي ترجع الى ابعد من ذلـك وقد فكر يونج في التعطين نتيجـه عمله الطبى مع المرضى العصبـيين وهو يرى ان كل فرد يمتلك الميكانيزمـين من الانطوائيـه والانبساطيـه ولكن غلبه أحـد الميكانيزمين على الآخـر هو الـذى يحدد نمط الفـرد .

فالمنطوى كما يرى " يونـج " انسان مشغول بعالمه الداخلى من خيال ونشاط بدنى وهو غـير قادر نسبيا على المشاركه الاجتماعيه ويتجـه البيد وعنده الى الداخل على عكس المنبسط الـذى يهتم بالعلاقات الاجتماعيه ويجـد فيها اشباعاً لحاجاتـه اللبيبديـــه .
وقد اضاف " يونـج " وظائف اربعـه أساسيه هى الاحساس - الشعـور - التفكـير - الحـدس وتلك تمثل المنابع التى يتلقى منها الفرد سـواء عن طريق النظـر أو الشعور أو السمع أو التذوق ومن ثم يستطيع ان يتعامل مع المعلومات الخارجيه والخـبرات .

ومن أهـم مقترحات يونـج لتوضيح الانطواء والانبساط قوله بأن الاشخاص المنبسطين فـى حياتهـم الشعوريـه يكونون انطوائيـين فى حياتهـم اللاشعوريـه والعكس صحيـح . ويضـف الى ذلك أن الشخص المنطوى مثلا الى جانب وصفـه الشعورى أو قل خلف وصفـه الشعـورى وضع لا شعورى منبسط يعوض آلياء جانبه الشعورى الوحيـد وهكذا يكون اللاشعـور بحسـب ما نرى وظيفه تعويضيـه بالنسبـه للشعـور .

ولقد بـنى " يونـج " مقياسـه للتفريق بين المنطـوى والمنبسط على متحولين الأول هـو الميل

الى العمل الانبساطى المباشر وهو الذى يمكن أن يعتبر هذا النزوع الى التأمل وأحلام اليقظه والتبصر . والمتحول الثانى هو الاهتمام بالاشخاص الآخرين والفاعليه الاجتماعيه.

ويبدو لنا أن المتحولين يستقل احدهما عن الآخر ، ولكن هذا التقييم تعسفى نفى الامكان الدلاله على أشخاص يميلون الى أحلام اليقظه والتأمل وفى الوقت نفسه مهتمين بالنشاط الاجتماعى كما أنه من المهم أن نعلم أن العلماء والمخترعين يميلون الى الانطواء برغم اهتمامهم الشديد بالاشياء بل قد يكون هناك متحولات متمازجه فى التمييزيين المنبسط والمنطوى .

الانطواء والانبساط :

محور من محاور الشخصيه تنتظم به مظاهر السلوك من حيث ما تفرضه من مظاهر تتذبذب بين الاندفاع والكف وما تعرضه من ميل لدى الشخص الى التعلق بقيم مستمده من العالم الخارجى أو بقيم غير مستمده من العالم الخارجى ويلاحظ ان مضمون هذا العامل عند "ايزنك" يطابق مفهوم الانطواء - الانبساط عند " يونج " ويسمى هذا البعد بالانطواء احيانا وبالانبساط احيانا آخرى نسبه الى هذا الطرف أو ذاك وجدير بالذكر أن هذا المحور لا علاقه له بالمرض النفسى وترجع فى نهايه الأمر الى درجه التنبيه العام السائد فى الانسجه العليالكل منا .

" ايزنك " ومحور الانبساط - الانطواء

انتهى أيزنك الى أن بعد الانطوء - الانبساط من الابعاد الهامه للشخصيه الانسانيه وقد يحاول أن يصنف الفروق الفرديه على طول ذلك البعد أو المتصل الكمى متصل الانبساط الانطواء ويمتد من طرف قصى الى طرف آخر مارا بمنطقه وسطى يكون فيها الناس لا هذا ولا ذاك وتشير الماده التى تجمعت لديه من التجارب آن أغلب الناس يقعون فى المنطقه المتوسطه .

وصف " أيزنك " المنطوى بأنه أكثر ذاتيه بينما المنبسط أكثر موضوعيه فالمنطوى يظهر درجه عاليه من النشاط الذاتي بينما المنبسط يظهر درجه عاليه من النشاط السلوكي . والمنطوى يظهر درجه عاليه من ضبط النفس بينما المنبسط يظهر ميلا نحو نقص القدره على ضبط ذاته والمنبسط يحقق التوافق عن طريق التعويض بينما المنطوى يحقق التوافق عن طريق النكوص واللجوء الى عالم الخيال والوهم .

واذا كان " فرويد " قد وصف المنطوى على أنه عصابى فى طور مبكره فقد وجد أيزنك" أنه لا يوجد ارتباط داخلى بين بعد الانبساط / الانطواء وبعد العصابيه وعلى ذلك نرى أن " ايزنك " لا يعود الى نظريه الانماط كما قال بها " يونج " بل هو فى الواقع يحاول التأليف بفضل ما وصفه من اختبارات موضوعيه وما ابتكره من منهج احصائى جديد هو التحليل العيارى وبين نظريه الانماط ونظريه السمات ، ومن جهه يمكن التدرج من أحد طرفى البعد على الطرف المقابل له ومن جهه آخرى عملا بمبدأ الاقتصاد فى العلم فانه يقلل بقدر الامكان من عدد السمات أو العوامل لاصطفاء العوامل النقيه غير المتداخله والتى يمكن تعريفها تعريفا اجرائيا .

العلاقه بين الانطواء والانبساط والميل العصابى :

لقد قبل " يونج " جانبه للاضطرابات النفسيه والتى قسمها الى قسمين : الأول : أطلق عليه السكاثينيا . والقسم الثانى وأطلق عليه الهستريا .

ونجد أن الاعراض العصابيه التى تصنف تحت المجموعه الاولى هى حالات القلق والاكتئاب والمخاوف المرضيه والعادات القهريه والوساوس . وفى المجموعه الثانيه نجد ضروب من اضطرابات الشخصيه . كانحراف السلوك وأخطاء الذاكره والعمى الهستيرى وغيرها من الاضطرابات العضويه الظاهره . وعندما قبل يونج هذا التقسيم اقتراح ان المنبسط ينزع الى أن يظهر الاعراض الهستيريه عندما يعوض ، بينما المنطوى ينزع من مرضه الى السيكانينيا ومن ثم كانت

ملاحظة يونج مفيده جدا .

وأوضح " ايزنك " أن المنطوى يميل فى مرضه الى عصاب من النوع الاول بينما المنبسط يميل فى مرضه الى النوع الثانى من الاضطرابات الهستريه . رغم ان تقسيمات العصاب الى اضطرابات كالحصر والهستريا والمخاوف المرضيه أو مرض الحواز والافعال القهريه والسيكوباتيه لا تزال موضعا للجدل والخلاف وليست التشخيصات المستخدمه فعلا وتعريفاتها محل تساؤل فحسب بل أيضا قدرة الاطباء النفسيه على تطبيق تلك العناوين بأى طريقه ثابتــــه .

الانطواء / الانبساط ونظام التشيط الشبكى :

يرجع الاختلاف من فرد لآخر الى الاختلاف الاساسى فى الأجهزه العصبيه أى ترجع الـــى نظام التنشيط الشبكى . وهى طريقه معروفه فى المخ للضبط والتحكم فى الاثاره السائــــده أو المنتشره للاثاره القشريه فى الكائن تجعله بل وتحافظ عليه فى حاله اتزان - والمنطــــوى أكثر نشاطا فى نظام التنشيط الشبكى بسبب نقص المستوى للاثاره الخارجيه وأعلى من حيــث مستوى الاثاره القشريه ولذلك يتطلب مستوى أقل من الاثاره للوصول الى الدرجه القصــــوى (المثلى) ويتضح من ذلك أن الانطوائى يتجنب تعريض نفسه لمزيد من الاثارات وميـــل للهروب الى نفسه ليجد الامان والهدوء . والانبساط على العكس يثيره النشاط الزائد وسوف يبحث عن اثاره خارجيه ويستمتع بوفره الضوضاء والتفاعل الاجتماعى والاثاره . ونستطيـــع ان نقر أيضا من تلك النظريه ان الانطوائى يمكن تشريطه بسهوله وانطفاء ذلك التشريــط أقل بطئا ولذلك دوره فى عمليه التنشئه الاجتماعيه ، فى الطفوله لكل منهما وهذا يعـــنى ان الانطوائى ينمو وهو أكثر حذرا ولا يقع فى الاخطاء والمخالفات أو المحرمات الاجتماعيه ، بينما الانبساطى قل سهوله فى التشريط وينمو مندفعاً ومخاطرا ونشطا وعموما أكثر سيطره .

والعامل الثانى العصابيه أو " الثبات الانفعالى كمـا يسمى يرتبط بنظريه الجهاز الطرفـــى ودور المخ معروف ليحكم الحياه الانفعاليه المفرد عن طريق الجهاز العصبى الاوتونومـــى ، والفرد ذو الجهاز الطرفى غير الثابت له قابليه عاليه للايحاء تحت الظروف المجهده وأكثر قابليه للابعاء .

عامل الوراثه والبيئه لتحديد الابعاد الاساسيه عند "أيزنك"

بدأ "آيزنك" دراسته حول أثر كل من البيئه والوراثه فى بعد الانبساط / الانطواء والعصابيه بتحديد اثنين من المفاهيم التى تعد أسيه جداً فى بحوث الوراثه الحديثه وهما : النمط الوراثى "و" النمط الظاهرى " ويعرف النمط الوراثى بأنه الجبله الوراثيه بينما النمط الظاهرى هو نتاج النمط الوراثى والبيئه التى بدأ فيها الفرد .

ويفترض " ايزنك" ان الشخصيه تتكون من عده طبقات أو مستويات أو منظمه بطريقه وعند معظم المستويات الاساسيه لوظائف الجهاز العصبى المركزى مع اعتبار ان التوازن بين الاثاره والكف بمثابه مصدر الاختلاف الدائم للفروق الفرديه .

أى ان المستوى الاول يمثل الكفر الاستثاره وهو يتحدد بالتأثيرات الوراثيه كليه . والمستوى الثانى ويتضح به ظواهر التشرط والتبغط . . . الخ . وهى ظواهر اتجريبيه يمكن ملاحظتها ولا تعتمد على الوراثه كلها وتعكس التأثيرات البيئيه وتؤثر فيها بدرجه أقل من السمات .

وفى المستوى الثالث توجد العادات السلوكيه أو السمات مثل الاجتماعيه والاندفاع والانطلاق والسيطره والنشاط وغيرها . وهى التى نستخدم أساساً لتحديد الانبساط والانطواء . وفى هذا المستوى نتعامل مع الشخصيه من الناحيه السلوكيه وهى تتشكل عن طريق امتزاج أو اتحاد العوامل الحيويه للشخصيه (توازن الاستثاره والكف) والتأثيرات البيئيه فالسلوك الملاحظ ذا داله أو وظيفه للتفاعل بين النمط الوراثى وتأثيرات البيئه حيث يؤدى هذا التفاعل الى فروق سلوكيه وصفه ظاهره فى الانبساط / الانطواء يمكن قياسه بواسطه المقاييس السيكولوجيه المختلفه وبالاستخبارات .

ثانياً : النظريه السلوكيه : (نظريه المثير والاستجابه) :

وتقول النظريه السلوكيه ان الفرد فى نموه يكتسب أساليب سلوكيه جديده عن طريق عمليه التعليم ويحتفظ بها .

وقد بنيت النظريه السلوكيه على اساس من البحوث التجريبيه المعمليه بهدف تفسير السلوك الانسانى . ومن أوائل اقطاب هذه النظريه جيمس . وقد ساهم بافلوف اسهاما هاما حين أوضح عمليه الاقتران الشرطى وما يتصل بها من عمليات التعزيز والتعميم وقضى واطسون على الذاتيه فى تفسير الظاهرات النفسيه . ووضع ثورنديك قانون الاثر والنتيجه . وجاء بعد ذلك هل .

والشخصيه حسب النظريه السلوكيه هى التنظيمات أو الاساليب السلوكيه المتعلمه الثابته نسبيا التى تميز الفرد عن غيره من الناس .

ويحتل مفهوم" العاده " مركزا أساسيا فى النظريه السلوكيه باعتبار ان العاده مفهوم يعبر عن رابطه بين المثير والاستجابه واهتمت هذه النظريه بتحديد الظروف التى تؤدى الى تكوين العادات والى انحلالها واحلال آخرى محلها . والعاده عند اصحاب هذه النظريه هى تكوين مؤقت وليست تكوينا دائماً نسبيا . كما أن العادات متعلمه ومكتسبه وليست موروثه . وعلى هذا فان بناء الشخصيه يمكن ان يتعدل ويغير .

وأبرزت النظريه أهميه الدافع أو الباعث ، وهو مثير قوى بدرجه كافيه لدفع الفرد وتحريكه الى السلوك . ومن الدوافع ما هو اولى موروث يتصل بالعمليات الفسيولوجيه مثل الجوع والعطش والجنس والالم ، ومنها ما هو ثانوى مكتسب متعلم مثل الحاجه الى الامن والانتماء الى جماعه .... الخ .

وتحدث دولارد وميللر عن عده مفاهيم فى عمليه التعلم وهى : المثير والدافع والدليل والتعزيز والاستجابه . وتناولا كذلك مفهوم الصراع والعمليات اللاشعوريه . وبذلك يكونان قد زاوجا بين نظريه هل فى التعلم وبين نظريه التحليل النفسى .

" الشخصيه والمرض"

مقدمه :-

في مواجهه وجود التقدم في المستوى العصبي الفسيولوجي ظهرت الدراسات العلميه السيكولوجيه والشخصيه كنظره سطحيه تنتاج عدد كبير من النتائج الموجبه وبتحليل الداسات سواء الموجبه أو السالبه منها فنجد ان الصوره مختلفه . ثم البرهبه وايجاد الادله على ان بعض الدراسات المبكره في هذا الميدان عانت من الانتشار والتحمس الزائد للتعميم .

وبمجرد المحاوله لتطبيق النتائج على العينات الممثله ظهر المنحى الاعتدالى الذى ساعد على تحديد التفاصيل المبسطه المبكره وتم ايضاً تحديد عمليه المجانسه من العينات في المتغيرات التاليه العمر - الجنس - الذكاء - التعليم - فتره المرض - المستوى الاجتماعي والاقتصادى والمتغيرات الحضاريه التى انبثقت بنسبه عاليه في التعقيدات الرمزيه العمليه الخاصه بالمرض . وفي الخصائص الاتجاهيه المتطوره كوظيفه لهذه المتغيرات . وفي النهايه اتضحت الاختلافات المنهجيه لتحديد نمط الاستنتاجات التى من الممكن استنتاجها بأمانه من المعطيات مثل المقابله الشخصيه المتعمقه وقوائم الشخصيه التى تعتبر سطحيه في تناولها ولذلك سوف تعطى صوره مختلفه ومنعكسه للشخصيه وخصوصاً في العمليه الخاصه بالمرض .

(أ) شخصيه المرض بالقرحـــة :-

بينما تمثل الصوره الاصليه للشخصيه لمريض القرحــه بأنها سلبيه واتكاليه الا ان هناك نمط آخر لهذه الشخصيــه بوصفها عدوانيه . نشيطـه . وكلا النمطين ممكن الاقتنـــاع بـه في نفس الوقت وانهما صادقين بالرجوع الى ديناميات الشخصيه غير المباشـــــــره (اللاشعوريــه) ومع الصراعات الاساسيه التي يعيشها الافراد المتمركزه حول الحاجـه الى العنايه والحب فنمـــــط من المرضىحصل على الحاجات الاتكاليــه . بينما النمـــط الآخـر لجأ الى التعويضـــى الزائـد . وبذلك يمكن اعتبار ان نمط الشخصيـه القرحيـه هي السلبيـه الاتكاليـه .

ولقد وجد كل من (رولـين - بومـان Rulim & Boueman) باستخدام رسام المخ الكهربائي (E E J) ان المرضى بالقرحـه تميزوا بنموذجين من الفـــا والمجموعـه التي تميزت بتكرار اقل للألفا تمثل اكثر من تمخـرج العدوانيـــه ومستقله بينمـــا المجموعـه التي تميزت بتكـرار أكثر للألفـا اعطـاء صـوره بأنها سلبيه وشخصيـه اتكاليه وغـــير مستقلـه .

كما حـدد (كاربوس وآخـرون Karusetal) نمطـين من المرض بقرحـه القولون

(١) مجموعـه نشيطه ومنضبطـه واكثر استقلاليـه .

(٢) مجموعه سلبيه غير نشيطه ويروا انفسهم دائما كضحايا للآخرين .

وتعتبر قرحه المعده ضمن مجموعه الامراض غير معروفه السبب والمسبب المرضـى مشتملا علـى

التقرح العرض للغشاء المخاطي الهضمي المبطن للمرئ أو المعده أو الامعاء . والمجموعتين الرئيسيتان للقرحة المعديه هي القرح الهضميه متمثله على قرحه المرئ والاثنى عشر ومجموعه أخرى للقرح الحاده للجهاز الهضمي العلوى ومن الممكن تميزها عن قرحه المعده المتقدمه والحاده أو القرح المؤلمه.

وباستخدام المنظار الداخلى للقرح الحاده اتضح أن كثير منهم معوى وهضمي مشتملا على الالتهابات الهضميه والمعويه . .

وعلى الرغم من التناقض والتضاد في نتائج الدراسات الا ان هناك دليل على اعتبار القرح المعديه والمعويه تمثل مختلف الامراض . وتحدث قرح الامعاء في مرحله اكثر تبكيرا من القرح الهضميه في العقد الرابع والخامس وتزداد نسبه الحدوث في الطبقات الدنيا وفى النساء ولها خطوط مستقله ومختلفه للانتقال الجيني ويوجد فروق بين حدوث القرح في اجزاء مختلفه من الجهاز الهضمي على سبيل المثال الجزء الامامى أو البدائى للمعده أكثر مما هو شائع مع قرح بدايه انتفاخ الاثنى عشر عنه مع قرح قاع المعده . مثل هذا التباين يساعد على التوصل الى نتائج وتوصيات في ابحاث القرح ويساهم في حل كثير من المشاكل ، وأجريت كثير من الدراسات على انتشار وتوزيع مرض قرحه المعده في الولايات المتحده الامريكيه والمملكه المتحده (١٩٥٠ - ١٩٦٠) وتعتبر احصائيات توعيه الا انها أوضحت ان المعدلات مختلفه بالنسبه للجنس فنسبة الحدوث بين السيدات مرتفعه عنه لدى الرجال

وحديثا وجد انها تزيد بين الرجال وبعض الابحاث الأكثر حداثه أوضحت بدايه زياده النسبه قليلا بين السيدات وآراء آخرون حول تعادلها .

٣- شخصيه مرض الربو والحساسيه :

يوجد تناقض في الدراسات الخاصه بشخصيه مرضى الربو والحساسيه وربما يرجع ذلك لاعتبار حالات الحساسيه ضمن زمله الامراض النفسجديه ووجدت (بلوك Block ١٩٦٤) فروق داله كلينيكيا بين مجموعه الاطفال المصابين بالربو ومجموعه الاطفال المصابين بالحساسيه .

فالاطفال الحاصلين على درجات منخفضه على اختبارات الحساسيه يظهروا دلاله أكثر للعوامل السيكولوجيه المنشأ في ادراك الربو عند الاطفال الذين يحصلوا على درجات عاليه . وان كل من (فريمان - وجاكوبس ١٩٦٦ ، ١٩٦٧) هذه النتائج مع الراشدين فوجدوا ان الافراد أو الذين سجلوا استجابه للحساسيه بدرجه أكثر سويه والافراد الاقل استجابه للحسايه يبدو

- ووجد (كناب Kmapp ١٩٧١) ان المصابين بالربو لديهم زمله اعراض القلق والاكتئاب ومشاعر الذنب والخزى . والاندفاعات العدوانيه كلها ثم كفها .

٤ - شخصيه مرضى سرطان الثدى :

أجريت كثير من الدراسات حول خصائص الشخصيه لدى السيدات المصابات بسرطان

الثدى . ولكن اغلبيه تلك الدراسات تركز على الشخصيه بعد اكتشاف الاصابه ومن هذه الدراسات دراسه اتوماس ، فرانسيس ، ١٩٧٨) على (١٨٢ سيده منها ٣٢ مصابه) بالسرطان ، (١٥٠) غير مصابه وباستخدام قائمه (ايزيك للشخصيه) واستخبار الحاجات النفسيه لجونسون) وتم تطبيق المقياسين بعد اجراء العمليات الجراحيه ومره آخرى قبل اجرائها . فأظهرت النتائج ان النساء المصابات بسرطان الثدى كن مكتئبات بالمقارنه بالمجموعه المصابه بأورام حميده . وظل الاكتئاب لفتره طويله كما وضح ان الاكتئاب مرتبط بأسلوب حياتهم وتقديرهم لذويهم وظهر بينهم خصائص آخرى فى حياتهم وهى نقص فى الموده والعلاقات الاسريه الطبيعيه والالفه . وهذه المجموعه ايضا لا تتوقع الحب أو التفاهم من المحيطين بهن .

شخصيه مرضى القلب

تعددت الدراسات حول مرضى القلب والعنايه بهم وتأهيلهم ودراسه أسرهم ودور هذه الاسر ومدى تأثيرها على الحاله النفسيه للمريض وكذلك دراسه بعض الامراض النفسيه الناتجه عن المرض وشخصياتهم واتجاهاتهم . بل اكثر من ذلك ظهرت اتجاهات جديده لامكانيه تطبيق كل من التغذيه المرتده والتشريط الاجرائى فى التحكم فى اداء القلب وان كان الاتجاه الاخير يهتم بالمرضى الناجين ومرضى الاريثماس (عدم اتساق ضربات القلب) المصابين بارتفاع ضغط الدم الاساسى (Essential Hypertension) ومازالت نتائجها غير محدده .

دراسه (روهم وآخرون Rohmer ,el al ١٩٧٠) فى جامعه ستراسبورج (بفرنسا)

الموضوع : رسم المخ الكهربائى لمرضى القلب اثناء النوم .

الهدف: توضيح اثر مرض القلب على رسم المخ اثناء النوم الليلى التلقائى .

العينه: ٣٢ حاله تعانى من عدم كفاءه البطين الايمن أو الايسر أو الصمامات أو من المصابين بخليط من الاعراض المرضيه القلبيه وعمر العينه اكثر من ٣٠ عاما .

الادوات : جهاز رسم المخ الكهربائى مع حساب دورات النوم (مراحل) .

حاولت هذه الدراسه ايجاد ارتباط بين كل من :-

(١) نوع المرض وعمر العينه .

(٢) مده النوم - التأخير فى الاستغراق فى النوم - اختلاف مراحل النوم - ساعات النوم المؤرق - النوم المتميز بموجات بطيئه .

النتائج : أوضحت الدراسه ان نوم العينه المختاره من مرضى القلب تختلف عن العينه من الاصحاء فى طريقه البدايه فى النوم ومده التغير فى مراحل النوم الليلى التلقائى وتأثير العمر محدود فهو يقلل من بطء النوم - يقصر من مراحل النوم .

وظهرت الاضطرابات اكثر وضوحاً فى مرضى القلب سواء فى رسم المخ أو فى التواصل والانتظام فى النوم ومراحله ووضحت اكثر فى مرضى اختلالات الصمامات . ثم المرضى بعدم كفاءه البطين الايمن أو الايسر عن الحالات المصابه بأعراض مرضيه قلبيه أخرى .

وهذه الدراسه وان اهتمت بجانب هام بالنسبه لمرضى القلب وهو رسم المخ اثناء النـــوم الا انها توضح تأثيره أو ارتباطه بسلوك المرضى وحاجاتهـــم.

ولقد اظهرت هذه الدراسه نتيجه هامه وهى ان اصـابه صمامات القلب لها تأثير علـــى رسم المخ اثناء النوم لتلك المجموعه بالذات وتعتبر اهم المضاعفات الناتجه عن الاصابـــه بالحمى الروماتيزميـه.

دراسه ماكهالوفا Makhalilova, I.A ١٩٧ في المركز الطبي للتدريب "بموسكـــو"

الهدف : محاوله لاقامه ارتباط بين اصابه قلب الام وحاله الجهاز العصبي للوليد .

العينـه: ٣٣ طفل حديثي الولاده من أمهات مصابات بالقلب (٢٦ مصابه بروماتـــيزم القلب، ٧ مصابات بمرض وراثي الأصـل) .

النتائـــج : بتتبع هـؤلاء الاطفال . فقد ظل منهـم ٣١ طفل على قيد الحياه أو ظهـر أربعـه منهم إصابات جينيـه (Embriopathy) واثنـــاء فتره الحمل وظهرت بعـد الولاده .. (١١) منهم ظهرت لديهم اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي في الايام الاولى بعد الولاده وتم استكمال الدراسه بتتبع حـاله ٩٨ طفـلا حديثي الولاده لمده سنـه من أمهات كلهن مصابـــات بروماتيزم القلب واستنتجت الدراسـه وجود مجموعة من التغيرات الاساسيه فـــي الجهـــاز العصبي المركزي في ٦٣ طفـلا من بين الاطفال . كما حـدث للبعـض

الآخر تغيرات متمايزه فى الجهاز العصبى وقد ارجعت الاسباب الى نزيف داخل الجمجمه اثناء الولاده كما وضح على ٢٣ طفلا من بين الاطفال تأثيرات واضحه فى الجهاز العصبى المركزى بعد فتره من الولاده .

ولم توضح هذه الدراسه (وان تناولت تأثير الاصابه للأم " مرضها بعرض روماتيزم القلب " على الجهاز العصبى للجنين) نوع هذه التأثيرات ومداها . ولو انها اوضحت مدى خطوره المرض وربما يرجع النزيف داخل الجمجمه او اصابه الجهاز العصبى المركزى الى ضعف الام . وحالتها الصحيه السيئه بغض النظر عن ان الاصابه بروماتيزم القلب هى السبب أولا . . . وكان على الباحث ان يعقد مقارنه بين امثالهم من الامهات المصابات بأمراض أخرى للتأكد من النتيجه حتى يتسنى له تفسيرها .

وهذه الدراسه وان لم تتعرض للجانب النفسى وشخصيه المصابات واطفالهن الا انها أظهرت مدى خطوره المرض بالنسبه للفتيات ونظرتهن للمستقبل باعتبار ان المرض عائق للتوافق فى الزواج والانجاب .

دراسه لويس بيشوب وفيليب ريكارت Bishop, Louis F.& Reichert

١٩٧١ بمستشفى برناباس بنيويورك .

الموضوع : العلاقه بين القلق والاريثماس (عدم اتساق نبضات القلب) .

الهدف: دراسه للاسباب الطبيعيه (العضويه) والانفعاليه للاريثماس وتأثيرها على حالات القلق .

العينه : عدد من الحالات المصابه بالاريشاس بالاضافه الى حالات خطره أخرى من المصابين بارتعاش البطين (Ventricular Fibrillation) وتم دراسه هذه الحالات لمعرفه اثر الحاله الانفعاليه على اضطراب نبضات القلب بقياس القلق لديهم وكذلك الحالات المصابه بارتعاش البطين .

النتيجه : أوضحت الدراسه ان الاسباب العضويه ليست هى المسئول الوحيد عن الاصابه باضطراب فى نبض القلب بل للحاله الانفعاليه تأثير على نبض القلب . أى أن تزامن القلق لدى الشخص يؤدى الى هذا الاضطراب . كما أوضحت الدراسه ان اضطراب نبضات القلب يؤدى الى القلق . وكان على الباحث فى هذه الدراسه ان يقسم العينه تبعاً لنوع المرض الى مجموعتين لتحرى الدقه فى النتائج ولن توضح الدراسه الادوات المستخدمه والضبط التجريبى كما ان قيام الباحث بقياس القلق وحده ليس بكافياً للالمام بشتى الجوانب الانفعاليه التى تسبب اضطراب نبضات القلب .

وان كانت هذه الدراسه قد تناولت الجانب العضوى والانفعالى فى تفاعلهما الا انها ركزت على الجانب الانفعالى كسابق للاصابه العضويه .

دراسه ليون ،كيش وادوارد (Lyon , Keich, & Edward) ١٩٧٥

جامعه مدغشقر

الموضوع: الاسره كمصدر بيئى : دراسه لمقارنه المضطربين عقليا من مرض القلب والاسوياء من الاطفال والاباء .

الهدف: ١- تحديد الاختلافات فى دعائم التكوين الاسرى بين اسر المضطربين والمرضى والاصحاء أى تقدير الذات (الفرديه) للطفل لكلا الابوين وخصوصاً مرضى القلب .

٢- دراسات الحاجات الاساسيه للطفل المصاب التى تساعده على تحمل ضغوط المرض .

العينه: تتكون من ١- مجموعه من الاطفال المصابين باضطراب عقلى (Mentally Disturbed) خفيف ويظهر على هيئه اعراض أوليه بسيطه .

٢- مجموعه من الاطفال المصابين بأمراض قلبيه خطيره وتحتاج الى الفحص والعنايه الكلينيكيه .

٣- مجموعه من الاطفال الاصحاء وتم جمعهم من المدارس .

الادوات : اختبار موضوعى (موقفى) حيث طلب من الأطفال اداء بعض المهام أو التفكير فى حل مشكله لمده ١٥ دقيقه فى وجود الآباء كل على انفراد مع تقدير مدى احتياج الطفل للمساعده ومدى تقبله لها أو نبذه لها ومثابرته وطلب من الآباء تعليم قطعه من الشعر مثلا لمده ١٥ دقيقه آخرى لاظهار طرفى العلاقه بين الآباء والأبناء .

النتائج : تم مقارنه المجموعات فى أزواج .

١ـ اختلفت مجموعه الاضطراب العقلي عن الاصحاء بعدم تأكيد الآباء للقيمه الذاتيه الفرديه لهؤلاء الاطفال وتأكيد الامهات للقيمه الذاتيه لهم .

٢ـ اختلفت مجموعه مرضى القلب عن الاصحاء بعدم تأكيد كل من الآباء والامهات للقيمه الذاتيه لهؤلاء الاطفال المرضى .

مما سبق يتضح الصراع بين تأثير الآباء والامهات مما يزيد التناقض الوجداني ولا يعطى أساسا ثابتا لتكوين مفاهيم الطفل عن ذاته وعن الآخرين كما يظهر عند الاطفال المصابين بالقلب بصوره واضحه في ميلهم الى الهرب من الضغوط النفسيه ويناقض ذلك ما يظهرونه من التمتع بامتيازات نظرا لظروفهم الصحيه . وهناك عده ملاحظات على هذه الدراسه .

أولا : ان احد اهدافها هو تحديد الحاجات الأساسيه للطفل المصاب ولم يظهر ذلك في استخدام الادوات أو النتيجه التي توصل اليها الباحث .

ثانيا : ركزت الدراسه على الجانب الاجتماعي للاسره كدعم للطفل ولم تظهر الاثر النفسي على شخصيه الطفل واعتمدت على الاختبار الموقفي وحده وهذا لا يكفي لتوضيح تقدير الذات ولا يمكن عن طريقه تقدير حاجات الطفل . كما اعتمدت الدراسه في تقدير الذات على وجهه نظر الآباء والامهات من وجهه نظر الاطفال .

ثالثا : لم تتم مجانسه العينات الثلاث ما امكن حتى يتم الامساك بالعوامل المسئوله عن التقليل من قيمه الذات لدى كل مجموعه أو زيادتها

رابعاً : كيفيه مقارنه الاطفال المصابين باضطرابات عقليه مع كل من مجموعه مرضى القلب والاصحاء .

وكان على الباحث لكى يلم بدراسه الاسره كمدعم اساسى فى حياه الطفل واظهار دور الاباء ان يقوم بدراسه سمات شخصيه الاطفال وآبائهم وخصوصاً المجموعه المرضيه نظرا لما تعانيه من ضغوط وتحريمات .

خامسا : هذه الدراسه وان تناولت مجموعه الاطفال المرضى بالقلب الا انها لم توضح اصابتهم بروماتيزم القلب أى المرض خلقى وكذلك لم تلم بأنماط وسمات شخصياتهم .

دراسه تايلكا وجان (Tylka , Jan) ١٩٧٦ بمعهد القلب بوارسو فى بولاندا

الموضوع : تحديد الفروق فى سمات الشخصيه بين مرضى هبوط القلب وفق حده المرض .

الهدف : تحديد سمات الشخصيه لمرضى هبوط القلب وربطها بدرجه شده المرض بين كل من النساء والرجال .

العينه : تتكون من ٢٩٣ رجل ، ١٩٣ سيده بهبوط القلب .

الادوات : اختبار (Adjective cheek list) لتقدير القدرات واختبار تايلور للقلق . وتم تقدير وقياس السمات الآتيه باستخبار للشخصيه .

العدوانيه - الاتجاه الدفاعي - الضبط الذاتى - الاستقلاء - الشعور بالنقص الرغبه فى التغيير - التهور .

النتائــج : لم توجد فروق ذات دلاله احصائيه بين النساء في القدره على فهم انفسهـن وفهم الآخريات كذلك لم تظهـر فروق داله في حاجتهن الى الاستقلال والتغـيير والشعور بالنقص وظهرت لديهم حاجه للمساعده ووجدت فروق ذات دلاله احصائيه بين الرجال في الاتجاه الدفاعي ـ الضبـط الذاتــي ـ العدوانيــه ـ المثابـره .

ـ الافراد المصابون بهبوط شديد في القلب أكثر ضيقاً وتبرمـا وانفعالاتهـم تتصف بالعدوانيه والتهور وهـم اكثر اهتماماً بأنفسهـم .

ـ ويظهـر من هذه الدراسه ان الباحثه وضعت النســاء في مقابل الرجال في السمات المختلفه كنوع من المقارنـه وان كان ذلك ليس من أهداف هذه الدراسه بل الهدف هو تحديــــــد مستويات شده المرض ثم ربطها بالسمات عند كل من الجنسين ولم تضع تفسيرا واضحاً لهـذه النتيجه التي أظهرت التأثير السلبي للمرض على الرجال أكثر منه عند النســاء .

ـ وكان يجب على الباحثه ان تقارن مجموعه المرضى بمجموعـه اصحاء خاليه من ايـه امراض عضويـه لتحرى الدقه فيما تتوصل اليه من نتائــج .

ـ وتتميز هذه الدراسه باشتمالها على سمات انفعاليه عنيده في الشخصيه ولكن يعوزهـــــا دراسـه لبعض الحالات دراسـه كلينيكيـه لتدعيم الدراسـه التجريبيــه .

دراسـه (صمث مادهـا وساكسينا Seth. Madha & Saksena ١٩٧٧) في الهند

الموضوع: شخصيه المرضى (بالسرطان ـ مرض القلب ـ الدرن ـ وأمراض أقل خطـــوره)

الهدف: مقارنه عوامل الشخصيه لدى هـولاء المرضى باستخدام اختبار كاتل (١٦ عامـل) الترجمه الهنديـه لـه .

العينه: تتكون من (٤٠٠) من المرضى بالسرطان ومرضى القلب ومرضى الـــدرن وبعض الامراض الاقل خطوره وتم مجانستهم مع ٤٠٠ من الأصحاء فى السن والجنس والمستوى التعليمى والحاله الاجتماعيه والاقتصاديه .

الادوات: اختبار كاتل لعوامل الشخصيه (١٦ عامل) بعد تنقيه وترجمته على البيئه الهنديه وتم تقسيمه الى اربعه عوامل آخرى أعلى رتبه بعد اجراء التحليلات الرياضيه والأربعة عوامل الأساسيه هـى :

(١) التوافـق ـ القلـق (٢) الانطواء ـ الانبسـاط

(٣) الاتزان الانفعالى ـ عدم الاتزان الانفعالى (٤) الخضوع ـ الاستقلال .

النتائج : ١ـ اظهرت مجموعه مرضى السرطان اختلافاً ذا دلاله عن المجموعه الضابطه فى كل من العوامل ١ ، ٢ ، ٣ لصالح المجموعه المرضيه ولم يختلفوا فى العامل ٤ .

(٢) اختلفت مجموعه مرضى القلب عن المجموعه الضابطه فى العوامل ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ لصالح المجموعه المرضيه .

(٣) اختلفت مجموعه مرضى الدرن فى العوامل ١ ، ٢ ، ٤ لصالح المجموعه المرضيه ولم يختلفوا فى العامل ٣ .

(٤) المجموعه المصابه بالامراض العضويه اقل خطوره لم تختلف اختلافاً ذا دلالـه فى العوامل الاربعه للشخصيه .

الشخصيه التاجيـه : Coronary Personalily

قام (ماردكون وبارسون ، ١٩٦٨) بمراجعة الكتابات الخاصة بالشخصيه الناجيه منذ ١٩٣٥ وحتى عام ١٩٦٧ فلم يجدوا تماسك محدد للخصائص التى تميز الشخصيه الناجيه بالدافع للتنافس القوى والرغبه الملحه للمعرفه والتقدم والانجاز والميل الى المهن والهويات المعقده .

ولم يجد كل من (فريدمان وريشمان ، ١٩٦٣) تماسك للصراعات الاساسيه التى تخص الشخصيه الناجيه . فعلى سبيل المثال تم كتب الميول العدوانيه الشديده وتتناقض نتائج الدراسات التجريبيه مع الكلينيكيه .

ودراسه آخرى عن التنبؤ بنتائج القلق والاكتئاب بين المرضى الناجين باستخدام طريقه ماركوف للتحليل قام بها (بروس ورددا ، ١٩٧١) وتعتمد طريقه (ماركوف) على مقوله تعنى انه لا توجد عمليه تغيير فى العالم لا تعتمد على غيرها وعلى هذا فان الطريقه تمدنا بوسائل احصائيه للتنبؤ بمستقبل الظاهرة بمعرفه طريقه سلوكها الحالى بدون الحاجه الى أخذ تاريخها القديم فى الاعتبار واحتمالات التغير من حاله الى اخرى تعتبر ماده انتقاليه وحل تنظيميه أم غير منتظمه مستقره أم لا . وتقدير احتمالات التغير فى الظاهره ومداه الزمنى ومتوسط الزمن المطلوب لاحداث التغيير ويمكن الحصول عليه بدون الاعتماد على الوقت الحقيقى للتجربه .

واستخدام هذا الاسلوب للتنبؤ بالتغيرات لسرطان الثدى ودرجته أوشده النمو فى ظروف تجريبيه مختلفه ، الصفات الوراثيه . وبالنسبه لمجال البحث فى

فى النواحى السيكولوجيه فاستخدم لتتبع القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور فى الاوعيه الدمويه القلبيه حيث تزيد درجه الاكتئاب والقلق مع زياده شده المرض . وخاصه عند ازمان تلك الحالات .

وتمت هذه الدراسه على (٧٧) رجل منهم (٣١) مرضى تاجيين ، (٤٦) اصحاء وتم مجانسه الحالات المرضيه والاصحاء من حيث الجنس والسن والسلاله والسمن والمستوى التعليمى وبقدر الامكان من حيث الطول والوزن وهذه الحالات تكون جزء من مجموعه أكبر من (١٠٩) متطوع شاركوا فى هذه الدراسه لمده (٧) سنوات . وتوفى منهم (١٧) حاله اثناء البحث ، (١٥) حاله من الاناث لم يكملوا الاجراءات . وتم جمع الحالات من العيادات وأقسام المستشفيات الجامعيه فى (أوكلاهوما) وتم الفحص المعملى والكلينيكى فى فتره من (٦ - ٨) اسابيع ولأهميه القلق فى المراحل الاولى من الاصابه التاجيه فتم تقدير القلق باستخدام اختبار (بندنج) وأمكن التمييز بين المرضى والأصحاء من خلال عشر بنود وهى :

١- لا استطيع الاستيقاظ بسهوله
٢- اشعر بعدم الارتياح والتوتر
٣- افقد صبرى بسهوله
٤- دائماً على عجل فى اداء المهام.
٥- لست فردا قوياً فى مواجهه الصعاب
٦- اصبح عصبياً اذا جلست لمده طويله.
٧- دائماً قلق على شئ ما
٨- اشعر بأننى دائماً اقابل اشياء معينه
٩- اشعر بالتوتر عند القيام بعمل ما وبعده
١٠- اشعر انى اوقع نفسى طيله الوقت للحصول على اشياء بسرعه.

وتتراوح الدرجه ما بين (صفر - ١٠) درجات .

* ورغم تقدير الاكتئاب باختبار (ويلش We lsh) وتتكون من (٢٤) بند ولكن في المراحل الاولى لاجراء الاختبار ظهر ان (١٥) بنداً منها ميزت بين اعراض الاصحاء وهي :-

١- اشعر بعدم فائدتي
٢- اشعر بالعنف بدون سبب
٣- عندي شهيه للأكل
٤- اشعر ان الآخرين يمكن ان يصبحوا افضل مني
٥- اعاني من اضطرابات النوم ليلا
٦- لا افكر في نفسي كثير.
٧- تظهر كل ايامي دائماً متشابهه
٨- تظهر الحياه مملة وفاتره بالنسبه لي
٩- افكر في حياتي واتعجب احيانا لماذا وجدت
١٠- انا لست دائما مملا
١١- اشعر كانني اسقط في المستنقعات
١٢- اشعر بأنني متعب عند الاستيقاظ في الصباح
١٣- لا افضل الاهتمام بنفسي كثيرا
١٤- اشعر بخيبةالامل نحو المستقبل
١٥- اشعر انه ليس لدى طاقةلعمل أي شئ . والدرجه تتراوح ما بين (صفر - ١٥) .

شخصيه مرضى الصـــداع :

يعتبر الصداع مرض شائع جداً . وغالبا ما يحدث بسبب الصراع الانفعالى ويوجـــد انماط عديده من الصداع ولا تعتبر كلها أمراض وينقسم الصداع حسب نشأته الـــى الانعكاس العضلـى العصـبى . الصداع النصفـى ـ الحساسيه وحدوثه عن طريـــق الاجهاذ الزائد أو زياده الضغط داخل الدماغ (الرأس) أو ينقسم تبعاً لنمـــط الالـم الذى يعانيه المريض ومناطق توزيعـه (نبض أو ضفقـــان) واندفـــاع نجائى أو انفجارى أو متقطع أو مستمر أو جبهـى فى مؤخـره الرأس فى كلا الجانبـــين أو احـد الجانبـين ويوجد تصنيفات عديده للصداع ومن اشهرها التصنيفـين الاتيـين :

أولا : تصنيف (دولمـــان)

١ـ الصداع التحولـــى Comversation headache

تعتبر بعض أنواع الصداع ذات المنشـآ الانفعالى تحوليه الأعراض وهستريه والـــتى تنتج عن العدائيه المكبوتـه أو الاندفاعات الجنسيه وتأخذ معـــنى رمزى يخـــص المريض ولا يوجـد أىتغـير فسيولوجى فى ردود الفعل التحوليه وهذه من الصعب تحديدها وقد سجلها التحليل النفسى لعديد من الحالات .

٢ـ الصداع النصفـى Migraine headache

حـدد الصداع النصفى تحديداً كلينيكيا جيـد بالنسبـه الى الجانب الفسيولوجـــى

والاعراض المرضيه بالرغم من ان أصل نشأته ما زال يحمل الكثير من الخفايا . وتتميز بطبيعتها الدوريه . والاضطرابات الاوليه أو علامات العرض ومنها صعوبات فى الكلام وألم جانبى فى الحالات العاديه. وترتبط بمخاوف ذاتيه ، وتتميز النوبات غالبا بالقئ الذى يتبعه عاده حاله (euphoricstate) أى حاله من النشاط والخفه. والميكانيزم الفسيولوجى للألم شرح على اساس انبساط وتمدد الوعاء الشريانى الدماغى والجمجمى كنتيجه لاتساع الاوعيه الدمويه وتبين هذه التوضيحات كيف يعطى هذا المرض مضاعفاته مثل هذه الاثاره المفاجئه من نوبات المرض بسبب تأثيراتهم الانقباضيه ونوبه الصداع النصفى الحقيقيه (الآلم على الرغم من انها تسبق بمرحله بدائيه للانقباض الا انها تنتج الانذارات الاولى أو العلامات للمرض .

- اعتبر " ولف Weolff) الانبساط هو تعويض زائد للانقباض . ووجد مع مساعدنيه (١٩٥٧) الدليل التجريبى على وجود العامل المركزى أو العوامل الفعاله من خلال الصداع النصفى والتى تدمر النسيج والتى تخفض بدايه عند الآلم.

- وافترض دالسيس Dalessis ، ١٩٦٢) ان مرحله الصداع النصفى تنتج عن المراكز المحركه للاوعيه الدمويه المركزيه غير المستقره والتى تنشأ كجزء للنموذج غير المناسب المتعلم للاستجابه . وهذا الاضطراب فى وظائف المراكز المحركه للاوعيه الدمويه ترتبط مع زياده تنشيط الوعاء الجمجمى والذى يميز نوبه الصداع النصفى

تنتج الفيه الوقائيه (للمشير جيد Methysergide) بتأثيره على

وظائف المراكز المحركه للأوعيه الدمويه وكيفيه الاستجابات الانقباضيه للأوعيه الدمويه الجمجميه ولأمينات الكاتيكول Catecholamines داخليه المنشأ وخارجيه أيضاً ونشاط (الانتسيروتونين) ربما هو المسئول عن قدرته على تلطيف (اضماد) وظائف المراكز المحركه للأوعيه الدمويه المركزيه والدليل السابق عن دور المراكز المنظمه والمحركه للأوعيه المركزيه والسيرتونين فى الصداع النصفى جمعها (آبوت Abbot ١٩٦٢) والتى سجلها عن (٢٧٢) مريض بصداع لتكرر بشده وتعاطى (ميسر جيد) وتأتى لعده اكثر من سنتين - وكان عديم القيمه فى الصداع العضلى العصبى بينما تأثير الميسر جيد واضح فى الصداع النصفى المتقدم وليس له تأثير على الاشكال الآخرى من الصداع وواضح ان الميسر جيد يؤثر فى منع الصداع النصفى والحساسيه واى نوع آخر من انماط الصداع الدعائى والذى يقوم على اساس اضطرابات فى تنظيم الاوعيه المحركه المركزيه . وتأثيرات (السيروتين) ووصف نمط الشخصيه الاستعدادى الذى يميز الافراد المصابين بنمط الصداع النصفى أو يظهر لديهم بعض سمات مرض (الاكروميجالود Acromegoloid) اى تعظم الأطراف ناتج عن اختلاف الغده النخاميه مصحوب بالتأخر فى النمو الانفعالى والذكاء العالى وطبقاً لرأى هؤلاء الكتاب فأن الصداع النصفى يظهر عندما يفتقد الافراد الحمايه المنزليه وخصوصاً الاستقلاليه عن الام والتى تساعدهم على تجنب مواجهه المسئوليات للمعيشه بمفردهم .

- وعالج كل من (فررم وراكمان Fromm & Rachman) ثمانيه مرضى

بالصداع النصفى باستخدام العلاج النفسى . ووجد أن اغلبهم لديه عدائيه واندفاعات حقديه (حسديه) وتكون موجهه اصلا الى الاشخاص الجذابين والاذكياء والذين يتفوقوا عليهم وتنقلب ضد الذات بسبب الشعور بالذنب.

(ولخص (وولف) خصائص شخصيات الافراد المصابين بالصداع النصفى بالاضافه الى اسهاماته الفسيولوجيه ووجد، أن لديهم زياده فى التنافس ولديهم ميول الى الكماليه وصلابه ويتميزوا بعدم القدره على تحمل المسئوليه - وينتج الاتجاه الاستيائى المزمن عن نقص النجاح فى معامله الاندفاعات الحصاريه وتقدير المسئوليات والكماليه والطموح . ويتطور وينمو الاتجاه نحو التعب والاجهاد . وتساعد الاحداث الخارجيه فى زياده عدد نوبات الصداع النصفى

بالاضافه الى بعض الخصائص الأخرى مثل الخاصيه القهريه الحصاريه والصداع والقلق كما يتميز مرضى الصداع النصفى باتجاهات سطحيه .

- اهتم (ليبيان L ippman) بالاحلام المسجله للمرضى بالصداع النصفى ووصف نماذج الأحلام المختلفه التى تحدث طبقاً لما وصفوه ووجد أن نماذج الأحلام تساعد على عمل التشخيص وتتميز بالتالى :

١- الالوان الجذابه.　　　　٢- التكرار الدورى .

٣- المحتوى يختلف فى وقت العرض عما هو موجود طوال حياه الفرد .

٤- صوره الكوابيس التى توقظه من نومه.

واستمرار الهلاوس بعد اليقظه من النوم والغضب أو الثوره المكبوته المسئوله عن نوبه الصداع النصفي . والم النوبه المرضيه يأتي فجأه عند الغضب ثم ينتهي فجأه أيضا اذا اصبح المريض داعيا بغضبه واعطى تعبيرا عنه بكلمات واضحه . وقامت تلك الملاحظه ارتباط خاص ومباشر بين الغضب المكبوت والصداع النصفي .

٣- الصداع الناتج عن ارتفاع ضغط الدم (Hypertensive headache)

واحياناً يطلق عليه الصداع الوعائي . وبدراسه حاله (٥٤) مريض بهذا النمط لمده ثلاث سنوات ومنها الصداع الجبهي والمؤخري ويحدث باستمرار في الصباح الباكر . ووجد أن أكثر من (٥٠) يعانون من ضغط دم مرتفع رغم إعطاء الأدويه المضاده لضغط الدم المرتفع كعلاج . وأقل من (٣٠٪) تخلصوا من الصداع واستجابه ضغط الدم معتدل له .

وبدراسه لـ (١٢٩٦) مريض صداع وجدا أن (٢٠ر٥٪) منهم لديهم ضغط دم مرتفع ظهر لديهم صداع نصفي و (٣٠ر٥٪) فقط منهم لديه صداع نصفي وضغط دم مرتفع. مع ظهور كثير من أنماط كثير من أنماط الصداع الناتجه عن الاضطراب الانفعالي .

ومن الدراسات التي تمت عن مرضى الصداع الدراسه التاليه :-

دراسه نفسيه للصداع التوتري كاضطراب سيكوفسيولوجي وعلاقتها بمركز الضبط قام بها هاسون آلين (Haisson, Aloine) في جامعه كاليفورنيا الجنوبيه ، ١٩٧٧م.

هذه الدراسه تكشف عن العلاقه الداخليه بين ثلاثه مفاهيم :

(١) مفهوم الطب السيكوسوماتي (٢) الصداع التوترى كاضطراب سيكوفسيولوجى

(٣) مركز التحكم كمتغير سيكولوجى فى تحديد الاستجابه الفرديه لبيئه الفرد .

وصممت الدراسة (أ) التخطيط التميزى الإحصائي والخصائص الديناميه التى تميز مجموعه مرضى الصداع التوترى (٢) لتحديد وتوضيح استخدام مركز الضبط والتحكم كخاصيه محدده لمرضى الصداع التوترى . (٣) لتحديد مدى انتشار مفهوم المظهر الخارجى الدفاعى باكتشاف الطبيعة المتباينة لمركز الضبط والمظهر الخارجى الدفاعى وحددوا (وتميزوا) بأنهم افراد طموحين ومتميزين باتجاه السلوك المحيط المتوقع للداخليات ولكن هى التى تقوم تماماً على الاتجاهات الخارجيه مهما حدث الفشل أو كان على وشك الحدوث.

واستخدم فى الدراسه مقياس مركز الضبط الداخلى والخارجى فى (MMPI) ومقياس الثقه بالنفس واستخبار صممه الباحث .

وتتكون العينه من (٨٨) مريض صداع توترى اختيروا من عياده الصداع وانقسموا الى (٥) فئات على اساس شده الم الصداع .

وصيغت الافتراضات لتحديد (١) العلاقه بين توهم المرض والهستديا والاعتماديه والمسئوليه والعدوانيه والعدائيه والصداع التوترى .

(٢) العلاقه بين التحرك والشكل والصداع التوترى

(٢) العلاقه بين مركز الضبط الخارجى والصداع التوترى .

وتم معامله النتائج الاحصائيه الوصفيه والتكنيكات الارتباطيه حسب متوسط الدرجات ـ واشتقت درجات (Z) لتحديد ما اذا كانت الفروق داله بين عينه البحث والمجموعات المادقه . واستخدام اختبار (T) لمتوسطات العينه المستقله لتحديد ما اذا كانت الفروق الجنسيه تعكس في درجات العينه ام لا .

واستخدمت معادله (بيرسون) لحساب معامل الارتباط وحساب العلاقه بين المظاهر الخارجيه والصداع التوترى .

واستخدام طريقة تحليل الانحدار المتعدد (Maltile Regressias - - analyses) لتحديد العلاقه بين المظاهر الخارجيه الدفاعيه والصداع التوترى .

واستنتج ان مرضى الصداع التوترى حصلوا على درجات داله وعاليه على الهيبيوكوندريا والهستريا والمسئوليه بمقارنتهم بالأسوياء . ومتغير الاتكاليه لم يكن حاسم بالنسبه لهذه المجموعه وتم كف الميول العدوانيه والعدائيه لديهم . ولم يوجد فروق ذات دلاله بين الجنسين من حيث الدرجات .

وعينه البحث (مرضى الصداع التوترى) (٥٢٪) للرجال ، (٧٢٪) للسيدات أُحبط لديهم التحول فى مقابل الشكل أو الصوره (Canfiguration) وحدوث هذه الاصطلاحات اجرائياً فى الدراسه .

- ووجد أن العلاقه داله بين مرضى الصداع التوترى ومركز الضبط الخارجى . والصداع التوترى والمظهر الدفاعى الخارجى . فى عينه البحث . ورغم ذلك عند مقارنه

عينه البحث والعينات الصادقة على كل من المظاهر الخارجيه والمظاهر الخارجيه الدناعيه فوجدت داله على مستوى (٠٫٠٥ ٪)

وكما سبق لم يستطيع الباحث ايجاد تمييز واضح فى اصطلاحات مركز الضبط والصداع التوترى بينما وجدت الميول فى اتجاه الفروض داله احصائيه وزودت الدراسه بتفصيل احصائى وصفى وتحليل كلينيكى لعينه الصداع التوترى مشتمله على الداله الاقتصاديه الاجتماعيه ووصفت بدايه المرض ومدته وتكرار نوبات الآلم ووصف كلينيكى للمتغيرات السيكوديناميه الهامه لمجموعه مرضى الصداع التوترى . واشتمل ايضاً على تحليل (M M P I) للبروفيل العام للمجموعه والبروفيل الاساسى للسيدات والبروفيل الاساسى للرجال وأوصى بضروره الاخذ بالمراحل المتعدده لدراسه الاضطرابات السيكوفسيولوجيه .

تصنيف (تراجسير وشيفوت)

تعتبر العوامل الانفعاليه فى الغالب هى المسئوله عن حدوث (الصداع الوعائى V asculerheadagh) ويتم اكتساب الصداع الذى يحدث فى الرشد فى مرحله الشباب ويتشابه عموماً مع ما يحدث مع افراد الاسره (روس ١٩٦٨) اكد على ان تحديد معنى الصداع فى اعضاء الاسره يعتبر مفهوم هام فى التشخيص . على الرغم من أن الحالة السيكولوجيه لمرضى الصداع تظل استاتيكيه . ونتائجها مؤقته مع أعراض أخرى وعاده ما تكون نتيجه للصداع الداخلى الذى يكون فى حاله استعداد فى فتره صداع المريض .

وبعض المرضى الذين لديهم دافع انفعالى وصداع مؤلم تتشابهم النوبات التى تقترن وتتزامن مع قلق كامن .

وفى بعض الحالات السيكولوجيه مثل اضطرابات الشخصيه والأعصبيه الكلاسكيه وحاله التحول للصداع تحدث فى بعض المواقف الخاصه وفترات ممكن تحديدها لجز من العمليه العصابيه وفى بعض الحالات السيكولوجيه مثل توهم المرض وصوره الجسد أو الاضطرابات الهلوسيه التى تأخذ شكل اعراض الصداع . وىجب ان يفهم علم النفس المرض الكامن قبل ان ننصح بالسبب لاختيار الصداع كمرض وقبل ان تستطيع تحديد لماذ اختير الصداع كهدف فى وقت خاص .

ويجد اندماج لعدد من الحالات العضويه ولعمليات النفسيه فى بعض المرضى وتكون

متحده معا لتعطى الصداع الذى يعتبر كعله أو شكـــوى .

وتلعب الحياه الاسريه للمريض وعلاقاته بالناس الآخرين دورا فى سبب حدوث الصـــداع. والعلاقات بين الشخص وبيئته متعـدده ومستمره ونتيجه لتغـييرات داخليه للطاقه واستجابات تحـــصينيـــــه (مناعيه) وغالباً يتوسطها اعضاء الحس والجهاز العصبى المركزى مشتمـلا على المجهودات التكيفيه العامه والتشريط والنماذج التفاعليه للغدد اللاقنويـه الاراديـه وبعض الاستجابات النوعيه مثل شدائد الحياه وبعض منها وبعض منهـا ربما محـدد ثقافيـــاً وحضاريـــاً .

ويحدث الصداع العرض موضعى أكثر منه كرمز إسقاطى ويصنف أغلب الأفراد الصداع كألـم أو شكـــوى فى مكان ما على الرأس . وأحيانـاً يكون ثابت وأحياناً آخرى يكون متنقلا وغـــير مؤلـم . واحيانا يكون شديد جـدا ومؤلم للغـايه . ولكن المهم هو المعرفه والتأكـد مـــن الاعراض الموضوعيه حتى يتمكن الطبيب من تقديـم التشخيص المناسب والعلاج ويجب علـــى الطبيب ان يفحص قائمه الصداع التىعرفهـا وقدمهـا معهـد الأمراض العصبيه العالمى

(١) الصداع الوعائى : من نمط الصداع النصفى والذى يشمـل الصداع النصفى الكلاسيكى والصداع النصفى السفلـــى .

(٢) الصداع الانقباضـى العضلـى :

(٣) الصداع المختلـط (الصداع النصفى الوعـائى - والانقباض العضلـــى)

(٤)صداع العصب المحرك للا نـف (٥) صداع التحرك الهلوسى وحالات توهـم العرض.

(٦) الصداع اللاوعائى النصفـى (٧) الصداع الانسجابى أو الاحتكاكى (Tradion)

(٨) الصداع الناتج عن التهاب الجمجمــه .

من (٩ الى ١٣) - ناتج عن مرض العنين والانـــف والفجـوه والتجويف والتى أو تركيبات الرقبه والجمجمه الآخـرى .

(٥) الآلام العصبيه الجمجميـه وسوف نقدم الاعراض الكلينيكيه مختصره للانماط ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ لأن المفاهـيم السيكاتريـه للصداع تشتمل بصفه خاصه على هذه الانمـاط .

وآجريت كثير من المجهودات حول تميز مختلف الحالات لتحديد الفروق المناعيـــــه وانتشار العرض ووصف ما هو معروف عن ميكانيزماتهم السيكونسيولوجيـــه .

(١) الصداع الوعائى لنمط الصداع النصفـى Vagcular Headahe of the migraine Clenical Features

(المظاهر) الملامح الكلينيكيه .

يقوم تشخيص الصداع النصفى على اساس التاريخ الموضوعى للمريض بعد ظهور الحالـــه المرضيه خارج الجمجمـه - وأصبحت الأعراض واضحه واغلبيه المرض بنسبه (٢) الى (٣) لديهم تاريخ عائلـى للصداع النصفى . والتحديد العصبى أو العرض الاول للعرض القاطع عاده ما يسبق الصداع النصفى الكلاسيكى والذى يستقر من ساعه الى أربع ساعات . وألالم عاده ينتاب جانب واحد واحياناً ما يلزم الجزء الامامى من الرأس . ويرتبط الاضطراب المزاجى عاده مع المرحله الاولى للمرض . وفى المرحله المبكره للصداع يكـــون ألألم على هيئه نبضات . وفى الحقيقـه ان الشريان الجمجمى الذى تشمله ألآلام يكون ملموساً ومرئـــى .

ويظهر مرض العيون والشلل النصفي واضطرابات الكلام في المرحله المتأخره من المرض ولا تكون ذات دلالـه كبيره لأنها متقلبـه .

ومختلف الصداع الوعائي مشتملـة على الصداع الرأسي الوجهي ، وصداع نهايه الاسبوع وصداع الدوره الشهريه ، ويستغرق مثل هذا الصداع من ساعتين الى ٢٤ ساعة وليس لها اماره أو علامـه مرضيـه محدده تحديداً قاطعاً . وقابله للتغير في الشده ويتغير الألم من النبضات الى الاستمرار وتجميع اكثر من صداع معاً .

واختلاف آخر للنمط الوعائي ويكون ايضاً تعبيرا من حيث الاستمرار . وبدون اماره أوعلامه أوليه للمرض . وعاده ما تكون في جانب واحد وغالبا على نفس الجانب في الجانب العيني أو الامامي ويكون الألم شديد ومصحوباً باحتقان في الانف أو العين ومصحوباً بارتخاء جفن العين ومثل هذا الصداع غالباً ما تسببه موسعات الأوعيه الدمويه مثل الكحول .

العوامل الفسيولوجيـه :

عاده مانرى في الصداع النصفي توسع شرياني مصحوباً برد فعل عضلي قبل شرياني (erierterial) وأغلب التوسعات تكون في تفرعات الشريان السباتي وفي بعض الحالات يتم انقباض الشريان قبل اتساعه . والسبب في هذه التغيرات لهذا الشريان غير معروف ولكن الادله الأمبريقيه تقترح وجود عامل عصبي المنشأ ويسبقه تراكم أو تكدس في مواد الأنسجه والتي تعطي اتساع في الأوعيه الصغيره وورم وتصبح

بعد ذلك ظاهره وعلى الرغم من أنه معروف أن المراكز المحركه للأوعيه للقشره المخيه تلعب دوراً هام فى ظهور الصداع ولكن لم يعرف المعرات التى يشملها الاضطرابات .

العوامل النفسيه : - Psyehologial factors

لا يوجد نمط لشخصيه واحده لديها استعداد للاصابه بالصداع الوعائى ولكن افراد لديهم شخصيات وسواسيه تكون اكثر شبها بالمرشحين للمرض بسبب ضبطهم وكبتهم للغضب بالميكانيمات الضابطه . وغايه فى الدقه ولديهم دوافع طموحه تنافسيه ومطالب بيئيه ملحه ربما تؤدى الى خفض القدره الاراديه للجهاز العصبى الاوتونوبى للشدائد والعوائق والصراعات الداخليه النفسيه . ويتميز مجموعه مرضى بذكاء عالى ولديهم قدره عاليه على الأداء السريع وأثبتوا أن لديهم قدره غير عاديه فى التعامل مع أزمات الحياه كل يوم ومعها عمليه التكيف لا غلب مراحل الحياه مثل المراهقه - والدوره الشهريه - الانفصال عن المنزل والاسره ، والتغيرات فى الوظيفه - الزواج - فتره الامومه والأبوه . ولكنهم يجدوا ان دفاعاتهم المعتاده وضوابطهم لا تعمل كما هو مطلوب وينتابهم نوبات من الصداع الوعائى وعلامه على ذلك وجد هناك لب مركزى للاكتئاب ربما يظهر ويتضح عندما تفشل ميكانيزمات الدفاع فى استمرار عمليه الكبت .

العلاج : Treatment

ينتج علاج الصداع النصفى غالباً مع الارجوتامين تارترات (ergotamine Tartrate

ومع الكافيين ويمكن السيطره على الاعراض المصاحبه للصداع النصفى باستخدام

المضادات للتقلـــــص (Sedatives) ويؤثر العلاج غالبا عند اعطائه مبكراً في المرحله الاولى للصداع (Prodromal) ولا تستجيب مختلف انـواع الصداع النصفى استجابـه مفاجئـه أو مثيره للكافـين والأرجوتامــين . ومن الصعـب علاج تجميع اكثر من نمط من الصداع معاً والهدف الاساسى فى مثل هذه الحالــــه هو التخلص من الآلـم ولو ان ذلك يـؤدى الى زياده ادمان المخدرات أو المنومـــــات التاتله للألـم بسبب طبيعـه المرض المتكرره .

- ويقوم العلاج النفسي على العلاقـه بين المعالج والعريض الذى يعلمه كيفيه التكيـــف بنماذج تكيفيه مناسبه لأغلب شدائد الحيـاه . نظـرا لتكرار حدوث الصداع الوعائى الذى يصبـح كنموذج للحياه مع انسحاب الفرد الذى يعانى من المشاركه الاجتماعيـــه وتجنب المسئوليـات الشخصيـه .

- وربما يصبح الآلـم لعرض واضح للاكتئاب وفى هذه الحاله يكون العلاج باستخدام العـلاج النفسى الدوائــى (Psychopharmacologica) مع مضادات الاكتئـــاب (ثلاثيـه الــدوره Trecyelic) ومواد مختلفه من برامـين واسترقيلـــــن مـع محاوله لمعرفه أى الانواع مؤثره أكثر مع مريض معين - وتزيد فرصه النجاح فى العـــلاج عند مصاحبه العلاج الدوائى بالعلاج النفسى ويجد عدد من المرضى ان نوبات العرض تصبح أقـل تكـراراً . ويصبـح الألـم أيضا أقل شـده . ولكن يلاحـظ ان الوسائــــل الدوائيـه ليست ناجحـه جـداً . واستخدام بعض الاطبـاء الميسـر جيـد ما لبث مع مراعاه التحذير بسب المؤثرات الجانبيه للـدواء غير المحـدده على ألباقـى البرتيـــون

الصداع التقلصي العضلي : Muscle Contraction Headache

المظاهر الكلينيكيه :

لا يتشابه مع الصداع الوعائي وعاده ما يكون على الجانبين (Bilateral)
والرقبه وفروه الرأس يلجأ الفرد للضغط عليهم باليد . ويوصف الالم عاده بالضغط
وتتكرر نوباته وتكون مؤلمه وخاده وتستمر لعده ساعات أو أيام ويكون الألم في منطقه
القفويه (أسفل) ويتد إلى الأماميه والصدغيه (مؤخره الرأس) منطقه
الرأس واحيانا يشتمل على الرأس بأكملها . والتاريخ المرضي للأسره السابقه غير محدد
وترجع نوبات الصداع الى مواقف ضاغطه معينه والقيء نادر .

المظاهر الفسيولوجيه :

يعتبر الصداع التقلصي العضلي معبرا عن فسيولوجيا التوتر والقلق ويعرف بصفه
عامه أنه معبرا عن الضغوط (الانفعاليه وتسبب الضيق العضلي والتي تولد
الانقباض العضلي وخلال تلك الفتره يتأثر عن طريق انقباض الأوعيه الدمويه
(هوركون ، ١٩٦٩)

العوامل النفسيه :

من الشائع جدا أن الفرد الذي يعاني من القلق المزمن يعاني أيضا من الصداع
الانقباضي العضلي والاكتئاب والتشاؤم وحده الطبع (النهج) وأجريت دراسات
عديده لأبراز النمط الشخصي الخاص بهذا العرض . ويميل الأفراد إلى إنكار وكبت

المشاعر العدوانيه والعدائيه والاندفاعات والرغبات الجنسيه غير المرغوبه ، وفى المراحل المبكره والظروف الاسريه الكابته والمحافظه بشده تساعد على ذلك وفى المراحل المبكره من العلاج يتم التعبير عن القلق جسدياً عن طريق التوتر العضلى الهيكلى ومساعده المريض على التخلص من ذلك بالتعبير اللفظى بدلاً من التعبير بالاعضاء كما هو شائع ومعروف فى حالات القلق .

٣ـ الصداع المختلط :

يحمل أعراض كل من الصداع التقلصى العضلى والصداع الوعائى . ويحتاج فى علاجه الى تعاون الأخصائى النفسى والعصبى .

٤ـ الصداع التحولى والهذائى :-

أ : الحالات الهزائيه

يعتبر الصداع كقناع مرضى ليستطيع المريض تجنب مشكله أو معرفه . أى كدفاع والكثير مع حالات الفصام والمرضى بالاضطرابات الوجدانيه .

ب : الحالات التحوليه :-

ليس من الشائع ان تظهر ردود الفعل التحوليه كمظهر للصداع . ولكثير لدى الأفراد ذوى النمط التحولى ويتم اختيار منطقه الرأس لعمليه التحول حيث تعتبر كمصدر لكثير من الصراعات . وأنها مركز الذكاء ومركز التعبير والتحكم فى كل السلوكيات .

والتعبير عن الصراعات الانفعاليه والعضليه ولا تعتبر كليه ضمن مرضى الهستريا التحوليه ولكن أيضاً مع الشخصيات العصابيه القهريه أو الاضطرابات الوجدانيه .

الآلـم والشخصيـــه :

اكـد كثير من الباحثين ان الشكوى الشديده من الألـم ترجـع مباشـره الى درجات العصابيه المرتفعـه باستخدام قائمة أيزنـك للشخصيـه (E P I) (ايزنك ، ١٩٦١) ، " ديلينـج دسوينسـون ، ١٩٦٧) ، (بونـد ، ١٩٧٨) ووجـد هناك ارتباط بين القلـق الظاهر باستخدام مقياس (تايلور للقلق) والعـضابيـه ويزداد مستوى العصابيـه فى الامراض المزمنـه المؤلمـه (مثل الروماتيزم المفصلى) .

وقد قام (استيرنبـود ، ١٩٧٤) بتحليل عناصر زياده مستويات العصابيه لدى المرضـى بآلام الظهـر المزمن والحاد باستخدام اختبـار (- M.M.P.I)

وقد لاحظ زياده فى درجات مقياس الهستريا والهيبوكونـدريـا فى اثناء نوبات الألـــم ويحصل العصابـين بأمراض مزمنـه على درجـات مرتفعـه عن ذوى الألم غيرالمزمن على مقيــاس الاكتئاب ايضا وأوضحـت النتائـج أن كلا من الألـم الحاد والعزمـن يسبب انشغـال واهتمام فى الوظائف الجسديـة . ويعبر ذوى الألم الحـاد عن آلامهـم بطريقـه مثيره ولذلـــك يعكسـوا زياده فى درجاتهـم على قياس الهوس وذوى الألـم العزمن يميلوا إلى الاكتئاب . وأكـد (استيرنبـود ١٩٧٤) فـى مناقشتـــــــــه للاضطراب السيكوسوماتـى ان رفع مستويات العصابيـه يجعل الشخص عرضـه للاصابــه بأمراض معينـه ويبـدو هـذا مناسبا لأمراض مزمنـه معينـه مثل (الروماتيـود) .

وفكرة العلاقه بين العصابيـه والمرض والآلم درسهـا (بونـد ١٩٧٣) وافترض ان كل فـــرد يمتلك نموذج لشخصيه ثابتـه ويحدث بهـا تغـيرات فى وقت الصحـه والمرض . ولكنهــــا

لاقت النقد من كل من (سانسبورى - واستيرنبود) وآخرين وقد اقترح ان مستويات العصابيه تزيد أو تقل فى أوقات المرض أو الضغط وتعتمد اعتمادا مطلقا على مستوياتهم فى الحاله الصحيه العاديه وأفتراضه هذا مبنى على أساس دراساته على المرضى بالسرطان ورغم الآلام الشديه ولكن حصلوا على درجات منخفضه على قياس العصابيه عند تسكين الآلام بالأدويه المسكنه . وبعد ذلك زادات درجاتهم فى العصابيه تجاه المتوسط لدرجات الاختبار .

- وفى دراسه آخرى قام بها كل من (بوند وبيرسون) ، ١٩٦٩) لاحظا أن النساء المصابات بسرطان (فقرات العنق) واللاتى تميزن بزيادة الألم حصلن على مستويات منخفضه للعصابيه .

وهذه الملاحظه تتفق مع ما درسه (ايزنك وكيزن) على مرضى السرطان .

ويفسران انخفاض درجه العصابيه لدى مرضى السرطان لاختزال الانفعاليه جدا لديهم وانكار القلق على المرضى . ولكن أكد كل من (بوند دكيزن وأيزنك وبيرسون) على أن مستويات العصابيه المنخفضه جدا أو الانكار تحدث لدى أفراد محدودين كجزء من رد الفعل تجاه ضغط المرض والالم .

- ووصف فيلبس ، ١٩٧٦) مرضى الصداع بأنه يوجد اتفاق على الخصائص الهامه لشخصيتهم ومن هذه الخصائص توتر واندفاع شخصيه مرضى الصداع ولا يعبروا عن غيظهم وعدائيتهم ويتميزوا بالحصاريه . والحالات التى درستها (فيلبس) مرضى بالصداع النصفى والتوترى . ولم يجد كل من (مارتن وسونيسون وررس) فروقا

اساسيه للشخصيه بين المجموعات . والعديد من الدراسات لم يستطيع التمييز بين شخصيه الفئات المختلفه من مرضى الصداع النصفي - التوترى - المختلط) ويلاحظ ان الصداع اكثر شده لدى النساء بأنواعه المختلفه . وتوتفع درجات العصابيه لديهم.

الشخصيه وعلاقتها بالمرض السيكوسوماتي :

بدأت فكره خصائص الشخصيه أو سماتها كأحد العوامل الاسايه في حدوث المرض السيوسوماتي متأثره بالنظره التحليليه التي بدأها (فرويد) عند وصفه لخبرات الطفوله الملحوظه وتأثيرها على نمو الشخصيه . بما أطلق عليه الشخصيه الفميه والشرجيه (Oral , Anal) والتناسليه (Genital)وأعطى سمات وخصائص لكل نموذج من هذه الشخصيات السابقه . وبعد ذلك ظهرت محاولات عديده تركزت على سمات الشخصيه وميكانيزمات الدفاع وردود الفعل النوعيه الديناميه . التي كان يعتقد انها السبب وراء امراض نوعيه أيضاً . .

وسمى هذا الاتجاه بالمدخل السيكوديناميى لدراسه الامراض السيكوسوماتيه ويعتبر الكسندر (Alexander ١٩٥١) صاحب الاتجاه الدينامي في تفسير الاضطراب السيكوسوماتي .. فقد وضع شرطين أساسيين لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي هما :-

أ- الشرط الاول والمطلب الاساسى هو الاستعداد الوراثي الذى يوظف في نمو وتطور الشخصيه عن طريق التعلم والتشريط والاستعداد في مرحلة الطفوله

وهذا الاستعداد يوجه الاستجابات الممكنه ويشارك في نموها وعاده يطلق على هــذا الشرط (استعداد الشخصيه) .

ب : الشرط الثاني موقف البدايه (Onset S ituation) والذى يشمل احداث الحياه والتغيرات في عوامل الوقت ـ العطلت الدينامية والانفعاليه التى تعطى الاستجابات وردود الفعل النوعيه . ثم الاعراض أو العرض .

(الكسندر Alexander ١٩٥٣، ص ٢٠٥

ويرى (فيشر) ان نظريه (الكسندر) ترتبط مشاعر وانفعالات معينه (ممثله للشرط الثانى) باضطرابات سيكوسوماتيه معينه . وكذلك تغييرات نوعيه في بعض الاعضاء وذلك عند الاستثاره المستمره أو الاستثاره الزائده . وهو من اوائل الذين ربطــوا بين نظريه التحليل النفسى والاستثاره العصبيه فيرى (الكسندر) ان ميل الطفــل الزائد الى التواكل يؤدى الى زياده نشاط الجهازالعصبى اللاارادى فى الجزء الباراسمبثاوى منه . وبالتالى يسبب الاضطرابات السيكوسوماتيه مثل القرحه أو اضطراب القولون والربو ومن جهه أخرى فان مشاعر الذنب التى قد يعانى منها الفرد نتيجه ما يشعر به مــن نوازع العداءوالعدوان قد يعبر عنها عن طريق جهاز العصبى اللاارادى السمبثاوى . وهو الذى باستمرار اثارته يؤدى الى امراض سيكوسوماتيه مثل الصداع النصفى وضغط الــدم الجوهرى . والتهاب المفاصل الروماتيزمى . ولهذا يعتبر (الكسندر) من اصحاب الاتجاه السيكوديناميى والعصبى (الاستثاره) أكثر من كونه مهتماً بالتركيز على نمط أو خصائص

الشخصيه . أى انه ألح على الصراع السيكود ينامــى بالنسبـه للعرض السيكوسوماتــــى أكثر من بروفيـل الشخصيــه. (فيشر Fisher ؛ ١٩٧٢ ، ص ١٢)

وقد قدمت (د نبار Dunbar ١٩٤٣) بروفيـلات شخصيه متعدده تبعاً لتعدد نوعيه المرض . واعتبرها مسئوله عن إعطاء مظاهر الصحه أو المرض وبالأخص تنظيم الشخصيه عند السيكوسوماتيين . وقد حاولت ان تحدد لكل مرض سيكوسوماتي مجموعه من السمات الشخصيه . وفى ضوء ما توصلت اليه من نتائج عن الشخصيه الامريكيه بجمـــع المعلومات حول الوراثه - المعلومات الشخصيــه - الحاله الصحيه السابقه - الحــوادث التى تعرض لهـا - التوافق العام - انماط السلوك المميز استجابات الشخصيـه - المناطـق التى تمثل صراع ، وجدت على سبيل المثال انه :

** يغلب ان المرضى بالصداع النصفى يكونوا ممن يعانون قبل الاصابه بقلق حول عمليات النظافـه والنظام والترتيب . ولديهم انا اعلى صارم ومتزمت يثير قلق الشعور بالاثم.

** أما مرضى القرحـه فانهـم افـراد يريدون رفـع انفسهـم للعالى ،وطموحين وينتابهـم القلق وخشيه الفشل أو الاحباط .

** ويقع مرضى الربو فى صراع بين الرغبه فى الاستقلال والتواكل

(دنبار Dunbar ؛ ١٩٤٣ ، ١٣٧)

وقد وجهت الانتقادات العديده الى نظـريه (دنبار) وتلك البروفيلات) الشخصيه نظراً لأنهـا لم تقارن بمجموعه أصحاء ، ووجود التشابه بين البروفيلات الشخصيــه

لتشابه عدد كبير من العوامل فى أكثر من بروفيل واحد . ورغم تأكيدها على امكانيـــه التحقيق الاحصائى لنتائجها الا انه لا يمكن تعميم تلك البروفيلات على كـل الفئات المرضيه عموما .

ويرى (أيزنك) انه بعد التقدم العصبى والفسيولوجى فى دراسات علم النفس وبخاصه الدراسات المهتمه بالشخصيه أجرى تحليل للدراسات السابقه الموجب منها والسالب حول نموذج الشخصيه والمرض . وكذلك فى مجال القياس النفسى كثرت استخبـارات وقوائم الشخصيه ومنها اختبار الشخصيه المتعدد الأوجه (MMPI) الذى اقتبس منه العديد من الاختبارات وطورت لتناسب المجال السيكوسوماتـــى مثل قائمه (كورنيـل Cornel Index) للاضطرابات السيكوسوماتيه نمثـلا بالنسبه لشخصيه المصاب بالقرحه (الشخصيه القرحيه The ulcer Persona - lity) يوجد لها نمطان حسب آراء العلماء . النمط الاصلى وهو انها سلبيه اعتماديه . والنمط الثانى هو انها عدوانيه نشيطه ، وكلا النمطين يمكن الا تتناع به فى نفس الوقت وأنهما صادقين بالرجوع الى ديناميات الشخصيه اللاشعوريه ومع الصراعات الأساسيـه التى يعيشها الافراد المتركزه حول الحاجه الى العنايه والحب فقط من العرضـى حصل على الحاجات باتكاليه . بينما النمط الآخر لجأ الى التعويض الزائـــد (أيزنـك ؛ Eysenck ١٩٧٣ ، ص ٧١٠)

وهكذا ظل أمل بعض الباحثين فى الطب السيكوسوماتى فى أن تكون العلاقـــه

بين الشخصيه والامراض السيكوسوماتيه خاصه لدرجه امكانيه تعرف انواع الشخصيـــه التى من المحتمل اصابتها بأمراض سيكوسوماتيه معينـه .

وقد قام كل من (فريدمان وروشان Freidman & Rosenman ١٩٧٧) بوصف نموذجين سلوكيين للشخصيه هما (A ، B) ووصفاً لكل نوذج أوصافـا محدد . فالنموذج السلوكى (A) يتسم بالعدوانيه والتنافس والضيق والتبرم السريع والطموح الزائد وعدم التحمل وزياده مستوى الدافعيه . وهذا النموذج لديه الاستعداد للاصابه فى الشريان التاجى . وعكسه النموذج السلوكى (B) ليس لديه هـــذا ليس لديه هذا الاستعداد(Freidman & Rosenman ١٩٧٧ ، ١٩٤٥) .

وفى دراسه حديثه قام بها (هوارد Howard ١٩٨٨) عن العوامل الصحيه الآخرى التى ترتبط بالنموذج (A) السلوكى . فوجد فى هذا النموذج فى العينـــه المختاره تبعاً للخصائص المميزه له ارتفاع فى ضغط الدم - زياده ماده الكلسترول فـــى الدم . ولا يوجد زياده فى حمض اليوريك - زياده نسبه ميل الشخصيه للتدخـــين الاضطراب الانفعالى العام مع التردد فى اتخاذ القرارات - ومستوى عالى من الجلسرين الثلاثى ووجد ايضا ازدياد وجود هذا النمط السلوكى مع تقديم العمر ، ولـــه ارتباط بنوع التربيه ونوع العمل أو المهنـه ومعدلات النمو العامه للفرد . ونوع الشده أو الاجهاد (Stress) التى يتعرض لهـا .

(هوارد Howard ١٩٨٨ ص ٢٥٠)

وهناك دراسة قام بها (كينجلسبرج Kenigslierg ، ١٩٧٩) لتحديد النموذج أو النمط السلوكي المميز لمرضى الشريان التاجي لمجموعة من نزلاء مستشفى المرضى بالشريان التاجي . باستخدام اختبار (جينكنس) للنشاط :

(Jenkins Activity Survey) (JAS) وصمم هذا المقياس لقياس النموذج السلوكي (A) فأظهرت الحالات ارتفاعاً في الدرجات على هذا المقياس عنه لدى الاسوياء (كينجسلبرج Kenigslierg ، ١٩٧٩ ، ص ٢٢٧)

ويعتبر (أيزنك) صاحب النظرية السلوكية العصبية . فقد ربط بين عمل الجهاز العصبي والسمات الظاهر للشخصية ولخصها بعد إجراء التحليل العاملي لها إلى الأبعاد (Dimentions) وبهذا تركزت الأبحاث حول الأبعاد بدلا من السمات وخصوصاً بعدى العصابية للأسباب الثلاثة الآتية :

أولا : لانهما البعدان اللذان ظلا ثابتين بعد مزيد من الدراسات السيكولوجية المكثفة .

ثانيا : لوجود الافتراضات المعتمدة على السمات الوصفية للسلوك والتي تحدد الأسباب المؤدية الى اختلاف في الشخصية ،وتربطها كذلك بالعمليات الفسيولوجية التي تحدد أيضا الأمراض السيكوسوماتية .

ثالثاً : إن أبعاد الشخصية التي أوضحتها هذه الدراسات ذات ارتباطات نظرية

بتقسيم (بافلوف) للأنماط العصبيه

(أيزنك Eysenck ١١٧٣ ص ٢٠٥ الى ٢٠٢)

- استخدام التغذيه الرجعية مع المرضى باضطرابات سيكوسوماتيه

اجريت دراسات حول التغيرات فى مركز التحكم (Locusof control) الناتج عن التغذيه الرجعيه للافراد المصابين باضطرابات سيكوسوماتيه ومقارنتهم بمجموعه ضابطه للحصول على افضل طريقه لفهم عمليه ضبط الاضطرابات السيكوسوماتى بالتغذيه الرجعيه الحيويه . واستخدام هذا البحث (٨) حالات وكل حاله تم اجراء البحث عليها خلال عشر جلسات أسبوعيا وكل جلسه ساعه للتدريب على التغذيه الرجعيه والجلسه الأولى والثانيه استخدمت للتهدئه والاستعداد فقط وما فى الجلسات للتدريب . وتم بمقارنتهم بمجموعه آخرى ليس لديها اضطراب سيكوسوماتى (٦) حالات . وافترضت الدراسه أن الحالات السيكوسوماتيه سوف تصبح أكثر اتجاها للداخل فى الضبط على مقياس (روتر) وتقديراً أعلى للذات إذا نجحت فى التدريب على التغذيه الرجعيه للعضلات الخاصه بالعضو المضطرب ونجحوا أيضا فى خفض التوتر أو الإجهاد .

وأظهرت النتائج وجود ميل نحو الداخل فى اتجاه أو مصدر الضبط لدى المجموعه غير السيكوسوماتيه ولم يظهر لدى المجموعه السيكوسوماتيه تغيير على المقياس قبل وبعد استخدام برنامج التدريب باستخدام التغذيه الرجعيه . ولا يوجد فروق

الفصل الثانى

الاضطرابات السلوكية

- مقدمـــــة
- العدوانيه والعدائيه
- مشاعر الذنب
- الكماليه العصابيه
- اضطرابات الأكل
- فقدان الشهيه العصبى
- الشره للطعام
- الوجدانات السالبه والموجبه

العدوانية والعدائيـه

مقدمـــه :-

تنتشر السلوكيات العدوانيه والعدائيه فى اماكن متفرقه من العالم كما هو الحال فـــى انجولا وبانجلاديش والشيشان والبوسنه والهرسك وشمال العراق . وكذلك العمليـات الارهابيه غير المنظمه والتى لا تعتبرحروبا اهليـه أو تنازعات بين دوله واخرى بل داخل الدوله الواحده نظرا للاختلافات فى الاراء السياسيه أو القضايا الاجتماعيه التى تخـص مجموعه محدده أو فكر معين فى مقابل فكر أو راى آخر . كما تنتشر السرقه وخطف الاطفال . والامثله كثيره على الوحشيه الانسانيه التى تجوب هنا وهناك . وتطالعنـا الصحف والمجلات يومياً عن نشوب العديد من الحروب الجديده وحوادث متعدده تتسـع باتساع العالم كلـه . ورغم ان التاريخ يحمل لنا انباء حروب وقتال مدمر مثل الحـرب العالميه الاولى والثانيه والقرن العشريـن عموماً . والعقود الاخيره منه بالـــذات تميزت بتعدد واتساع اشكال العنف والارهاب . وفى الماضى اعزى السلوك العدوانـى الى الى قوى خفيه دافعــه لهذا المسلك أو ذلك من المسالك العنيفه . ووضح دور التشريط البيئى والاجتماعى والتقدم التكنولوجى فى وسائل الحرب والدمار . وبرز دور السياق الذى تحدث بــه الانفعـال العدوانيـــه والدوافع العقائديه الخارجيـــه اكثر منه بداخل الفرد الانسانى نفســه .

تحديد المصطلحـــات

أولا : الموسوعات والقواميـــــس :

١- معجم العلوم السلوكيه Dictionary of Behavioral Science

هجوم أو فعل عداواني يمكن ان يتخذ أيه صوره من الهجوم الفيزيائي في طرف الـى اللفظ المهذب في الطرف الآخـر . وهـذا النمط من السلوك يمكن ان يتخذ ضد أى شئ أو أي شخص بما في ذلك ذات الشخص . (ولمـان Walman ، ١٩٧٣)

٢- الموسوعه المختصره في علم النفس والطب العقلي :

عدوان /تهجـــم Aggression

ويقصد بالعداون أو الاعتداء المادى أو ما يعاد له من تعد معنـوى والعداوان عند مدرسه التحليل النفسي هو المظهـر الشعورى لغريزه التدمير (الثاناتـوس) موجهـــــه للخـارج . أما عند (آدلـــر) فهي ضـرب من السلوك الاجتماعي غير السـوى يهدف الى تحقيق رغبه صاحبه في السيطره . ومن هذا المعنى نشأ الفرض القائـــــل بالفشـل أو الاحباط والعـدوان

(frustration Aggression Hypothesis

حيث يعتبر العدوان دا ئما سلوكاً يهدف الى التعويض عن الخيبـه أو الفشل الدفـــين .

العدوانيـــه : Aggressiveness

وتعني النزعه الإتجاه الى اتخاذ الاسلوب العدواني بازاء الأمورآ والميل الى اقتحـــام

ولكن العدوان يشير الى سلوك غير سوى يتميز بالعنف والتعدى المادى أو المعنوى . بينما تعنى العدوانيه اتجاهاً . قد يظل فى حدود السواء أو يؤدى الى عدوان أو الى الاقدام واقتحام الصعاب بدلا من التحايل على تذليلها ومحاوله فرض المرء آراءه على مجتمعه رغم الاعتراض عليها

ثانيا : آراء بعض علماء النفس :

١- فرويد (Freud)

العدوانيه واحده من الغرائز الأوليه . فالعدوانيه الطبيعيه عند الفرد ضد ذاته يمكن ان تتجه ضد العالم الخارجى . فالثاناتوس - (Thanatos) هى بشكل أولى غريزه الموت وكل ما ينطوى على قدر معين من تدمير الذات داخل انفسنا ويبدو ان الناس عليهم ان يقوموا بتحطيم الاشياء والآخرين حتى لا يحطموا انفسهم . كما يحمى الفرد نفسه من النزعه الى تدمير الذات فيتحتم عليه ان يعثر على قنوات خارجيه للعدوانيه . (روبرت Robert ، ١٩٨٠ ، ص ٨)

٢- موارى (Murray)

العدوانيه هى حاجه الفرد الى ان يتغلب بقوه على المعارضه أو الى ان يقاتل أو يعاقب آخر الى ان يؤذى أو يقتل آخر . أو الى ان يثأر لأذى لحقه . (موراى Murray ١٩٣٨ ، ص ٢٢٩)

٣- تعريف مخيمر للعدوانيه :-

الحياه والموت . سيان كانت طاقاتها موضاعاتيه أو نرجسيه ساديه أو مازرشية تكون العدوانيه هي هذه الطاقه التي تخدم في الحالات السويه غرائز الموت بشكل غير مباشر . بمعنى انها تكون في خدمه غرائز الحياه ايجابيه أو توكيدا للذات (تدميرا مشروعا للمعوقات من الآخرين والاشياء أو عدوانيه شبقيه وانجاباً أو بناء يبلغ حد الابتكار على المستوى الفردى ويتخذ صوره البقياده في المواقف الاجتماعيه لتتأدى بها تدرجياً الى التدمير والعدم . وبينما تخدم في الحالات غير السويه غرائز الموت بشكل اكثر مباشرة تدميراً عاجلا ومباشرا للذات أو عبر التدمير غير المشروع للآخرين والاشياء . وينبغى فهم ذلك ضمن اطار النهج الجاليلى في تناول الوقائع . هذا الذى يقوم على مفاهيم السلسليه والمتصل الواحد . والذى يعتبر السلوك محصله للصراع بين المتجه الصادر عن نطريه الفرد والمتجهات البيئيه القائمه في الحقل . والعداونيه هي اشبه ما تكون بالنيران التي تدمر بحريقها وتضىء بنورها وتتيح بحرارتها للحياه أن تتكاثر وتتواصل بحيث يصدر عنها التدمير كما يصدر الابداع والتكاثر مما يعنى انها تتيح للحياه ان تزدهر كيفا (في الابداع) وكما (في الانجاب) ولكن لتعود بها من جديد الى العدم »

(صلاح مخيمر ، ١٩٨١ ص٧)

أولا : النظريات المفسره للعداونيه :-

اختلفت وجهات النظر في شرح وتفسير السلوك العدواني وتعريفه . فأخذت اتجاهات عديده . الا انها تلخصت في اتجاهات رئيسيه ثلاث متميزه ، وتعزى العدوانيه اساسا الى :

(١) قوه فطريه استعداديه ودافعيه (غريزيه)

(٢) دوافع ومثيرات خارجيه .

(٣) التشريط البيئي والاجتماعي مقرونا بنماذج التعليم الاجتماعي السابق وسوف نتناول كل منها بالتفصيل :

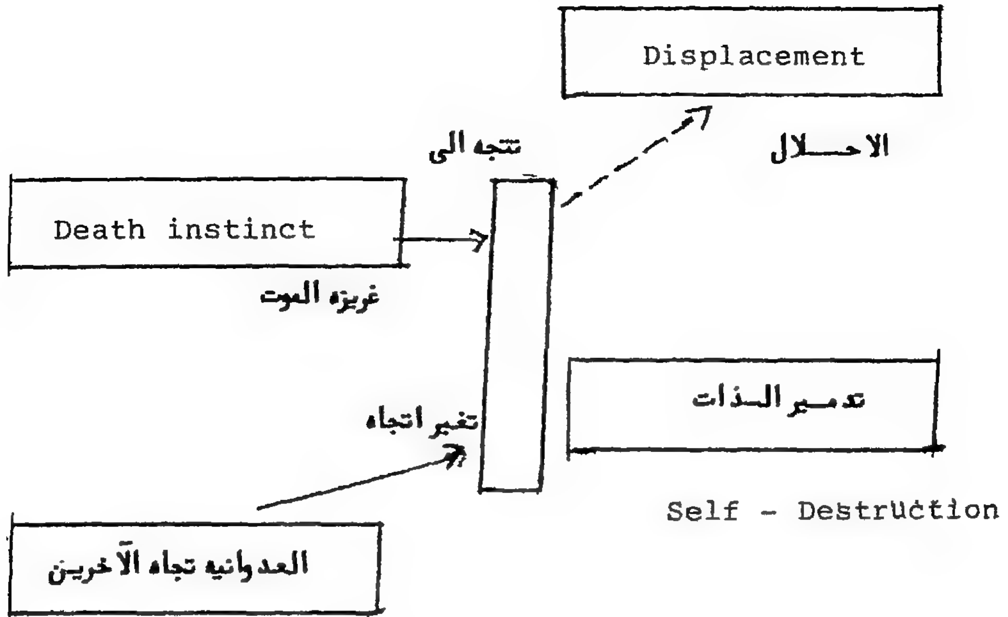
أ : النظريه الغريزيه للعدوانيه The Instinctive Theory of Aggressiveness

تعتمد هذه النظريه على ان الكائنات البشريه منظمه (Programed) فطريا أو استعداديا لمثل هذا السلوك . ودعم كثير من العلماء هذه النظره العامه أمثال (مكدوجل) بما يعرف عنده (بغريزه المقاتله) . وعالم الحيوان (سكوت Scott) . الا انها من أشهر المفسرين لهذا المدخل هما (سيجموند فرويد . Freud, S كونراد لورنزى Lorenz, K.)

** وجهة النظر الفرويدية**

في كتابات (فرويد) المبكرة اقتراح ان كل السلوك الانساني ينشأ سواء أكان مباشرا أو غير مباشرا من (غريزة الحياة) (Eros) . وهي تعني الحب

عند الاغرايق وهذه الطاقه أو الليبيدو (Libido) توجه الى التناسل والتكاثـر لتدعيم الحياه واستمراريتها . وخلال تلك الوجهه نظر للعدوانيه ببساطه على انهـا رد فعـل لتعويق الاندفاعات الليبيديه . كما لو كانت أوتوماتيكيه وكجزء محتوم لا يمكـن تجنبه في الحياه . ولكن بعد احداث العنف فى الحرب العالميه الاولى بدأ (فرويد) فى وضع افتراضاته الخاصه بوجود غريزه ثانيه فى الثاناتوس (Thanatos) أى "غريزه المـوت والطاقه فيها موجهه لتدمير الحياه أو انهائها . وكل السلوك البشرى ينتج من التفاعل المعقد لهذه الغريزه مع غريزه الحياه (Eros) واستمـرار وثبات العلاقه والشد بينهما ولكنه وجد ميكانيزم يخدم هذه العلاقه اطلق عليـه ميكانيزم الاحلال (Displacement) وفيه تتجه طاقه الثاناتوس تجـاه العالم الخارجى وتكون فى توجيه العدوانيه تجاه الآخرين . وتبعاً لوجهه نظـر (فرويـد) فتظهر العدوانيه اساسا من اعاده اتجاهها (Redirection) أو ابعادها عن تحطيم الذات . أى عن الشخص نفسه وبعيداً تجاه الآخريـن ، كما هو موضح بالشكل التالـي :



(روبـرت Robert ، ١٩٨٠ ، ص ٤٧١)

ونظـرة (فرويـد) وافتراضاتـه حول أصول ونشـأه العدوانيه اكثر تشاؤما ليس فقـط في طبيعـه مثـل هـذا السلوك الغريزى ولكن ايضاً في عدم امكانيه تجنبـه " كونه محتوماً " وذا لم توجه طاقة (الثاناتوس) الى الخارج تجاه الآخرين فانها تتجـه في الحال الـى تدمـير الشخص نفسـه . (المرجـع السابق ، ص ٤٧٢) .

ويرى (زيلمان Zillman) أن (فرويـد) وجـد اخـيرا شعاعا من الامـل خـلال عمليات التنفيس (Carthersis) . واقتراح ان تفريغ طاقـه (الثاناتوس) ربما تنتج خـلال التعبير عن العدوانيه بالانفعالات مثل الغضب . وعموماً فان هـذه

عن التفاؤل فى امكانيه ضبط أو منع العدوانيه البشريه

(زيلمان Zillman، ١٩٧٩، ص٣١)

** وجهه نظر لورنز**

يرى (لورنز) ان العدوانيه تنبثق أساسا من غريزه المقاتله التي تشترك فيها الكائنات البشريه مع كثير من الكائنات الحيه الأخرى . فالمقاتله تساعد فى توزيع التجمعات الحيوانيه على مدى منطقه واسعه لكى تضمن حد اقصى من استخدام مصادر الغذاء المتاحه. ومثل هذا السلوك ربما يساعد فى تقويه الترتيب الجينى لمختلف الانواع . أى ان الاقوى فقط هو القادر على التكاثر وافترض (لورنز) ان الطاقه العدوانيه تنبعث من غريزه المقاتله التى تنتج تلقائياً من خلال الكائن العضوى بطريقه مستمره وعلى معدل ثابت وبالاضافه الى ذلك فانها تتراكم مع مرور الزمن واثاره الانفعال (السلوكيات) العدوانيه يرتبط اساساً بوظيفه كل من :-

(١) كميه الطاقه العدوانيه المتراكمه .

(٢) وجود قوه المثير المطلق للعدوانيه فى البيئه الخارجيه ، واذا وجدت كميه الطاقه العدوانيه الأكثر مع مثير ضعيف فسوف يطلق هذا المثير السلوك العدوانى الظاهر واذ تراكمت الطاقه العدوانيه لمده طويله يؤدى هذا الى انفجار أو اثاره السلوك العدوانى بطريقه تلقائيه فى غياب المثير المفجر لهذا السلوك العدوانى

"(لورنز Lorenz، ٩٦٨، ص١٢٣)

(invintable) ولا يمكن تجنبها . بل هى قوى استعدادية فطرية الا ان (فرويد كان اقل نظرة متفحصة لعملية توالد وزيادة الطاقة العدوانية الغريزية مثل ما اكـــده (لورنز) فى نظريته . وقد كان (لورنز) أكثر تفاؤلا من (فرويد) نظرا لامكانيــة الضبط والتحكم فى السلوك العدوانى أو خفضه . فقد اقترح (لورنز) ان المشاركة فى كثير من الانفعال العدوانية غير الضارة أو المؤذية ربما يمنع (تراكم) الطاقـــة العدوانية الى مستويات الخطر وتقلل من احتمال حدوث الثورات والانفجارات العدوانية الأكثر عنفا . وهكذا شعر (لورنز) بأن العدوانية من الممكن السيطرة عليها وضبطها أو اعادة اتجاهها .

(روبرت Robert ١٩٨٠، ص ٤١٢)

ب : النظرية الدافعية للعدوانية :

The Drive Theory of Aggressiveness.

رفضت تلك النظرية التسليم بأن الانفعال العدوانية تنبثق اساساً من الاستعـــداد الفطرى ، أى الطاقة الفطرية للعدوانية . ورفضت ايضاً التوالد التلقائـــى للطاقة العدوانية . وافترضت ان السلوك العدوانى ينبثق اساساً من مثـــير دافعى خارجى لايذاء أو ضرر الآخرين . والمؤسس الأول لهذا الاتجاه (دولارد وآخرون Dollard et al) فى كتابهم الاحباط والعدوان Frustration - and Aggression الذى يفترض ان العدوانية تنبثق (stem) من التعــرض لتشريط بيئى خاص هو (الاحباط) . الذى يثير الدافعية القوية للانفعال والسلوكيات

داخليه. (روبرت Robert، ١٩٧٨، ص ٢٩٣).

ويفسر (زيلمان) هذا الافتراض بأن الاحباط ينتج عن اعاده السلوك الموجه ومنعه مما يؤدى الى اثاره الدافع العدوانى والذى يؤدى تباعاً الى آداء الافعال العدوانيه الظاهره . وهكذا يتضح ان الاثاره الناتجه عن المثير الدافعى الخارجى المؤديه الى السلوك العداونى يمكن التحكم فيها والسيطره عليها . أى انه اذا أمكن ازالة كل المصادر الخارجيه للدافع العدوانى من البيئه الخارجيه نسوف نستطيع التقليل أو التخلص من العدوانيه أو من حدوث العنف البشرى . وهكذا تبدو هذه النظريه أكثر تفاؤل من ضبط السلوك العدوانى عنه لدى النظريات الغريزيه الفطريه . رغم ان التشريطات المؤديه الى اثاره الدافع العدوانى مثل (الاحباط) من الصعب البرهنه) على وجودها وليس من السهل ازالتها كليه .
(زيلمان Zillman ١٩٧٩، ص ٣٣)

وجه كثيرمن العلماء المتخصصين فى مجال العدوانيه النقد الى هذه النظريه ومنهم:

(١) يرى (بص Buss) ان هذه النظريه تتصور ان العدوان لا يحدث ـ الا استجابه للاحباط ويصاحبه نوع من الغضب . وهى بهذا تتجاهل فئه عريضه من الاستجابات العدوانيه التى لا يصاحبها شعور بالاحباط . (بص Buss ١٩٦١، ص ١٦١)

(٢) ويشير (بيركويتز Berkowitz) الى ان الانفعال الناتج عن الاحباط لا يترتب عليه بالضروره نوع من العدوان دائما . وانما استعدا للعداون . ويلاحظ

التى تعقب الاحباط . حتى ولو لم توجه هذه الاستجابات لايذاء الاخرين . ولهذ أدخل (بيركويتز) اقتراحاً بتعديل لفرض (الاحباط - العدوان) أنه ليس من الضرورى ان كل فعل عدوانى يرجع الى احباط سابق . فالسلوك العدوانى يمكن تعلمه واكتسابه . والعلاقة بين (الاحباط - عدوان) يمكن ان تكون وصله خاصه بين المثيرات التنفيريه والعدوانيه . فالاحباطات المعوقه هى احداث مؤذيه تثير المقاتله أو العدوانيه . الا ان الرابطه بين (الاحباط - عدوان) أضعف مما يتصور بعض العلماء . ولا تظهر صريحه الا فى شروط ومواقف بيئيه ملائمه .

(بيركويتز Berkowitz، ١٩٧٤، ص ١٦٦).

(٣) ويرى (باندوره Bandure) ان هذه النظريه تتجاهل فئه من الافراد يتم تدريبهم من جانب الآباء على السلوك العدوانى . وعلاوه على ذلك يتم مكافأتهم كتعزيز لهذا السلوك . وتشكيل استجابه الاطفال للاحباط بالعدوان أو النشاط البناء انما يعتمد على نوع التدريب الذى تلقوه من قبل . وحتى مع الاستعداد للسلوك بطريقه عدوانيه فان العدوان لا يتم ما لم تتوفر لـه منبهات ترتبط بعوامل انفعال الغضب سواء فى الماضى أو الحاضر . وأيا كان مصدر هذه المؤثرات أو المنبهات فان قوه الاستجابات العدوانيه تعتمد على كل من قيمه الدلاله العدوانيه للمنبه وشده الاستعداد مثل حده الغضب أو قوه عادات العدوان . (باندوره Bandura ١٩٧٧، ص ٣٠).

بعض الحالات . (جنترى Gentry ١٩٧٠، ص ٢١٥)

جـ : النظريه الاجتماعيه التعليميه :

Social Learning Theory .

تنظر هذه النظريه الى العدوانيه اساساً كشكل نوعى من السلوك الاجتماعى المتعلم الذى يكتسب ويستمر بنفس الطريقه التى يتم بها اكتساب باقى الاشكال الكثيره الأخرى من السلوك . وطبقا لوجهه النظر هذه فان الكائنات البشريه لا تعتدى نظرا لما هو موجود وقائم بالداخل . ولكن الاندفاعات نحو هذا السلوك تستثار بواسطه تشريطات أخرى موجوده فى البيئه . ويلخص (باندوره) اسباب قيام الكائنات البشريه بالسلوك العدوانى الى ما يلى :-

(١) لأنهم اكتسبوا الاستجابات العدوانيه خلال خبراتهم الماضيه .

(٢) لأنهم تلقوا تعزيزا أو مكافآت لأدائهم لبعض الافعال العدوانيه.

(٣) لأنهم اثيروا مباشرة للعدوان بواسطه التشريطات البيئيه أو الاجتماعيه النوعيه والخاصه . (باندوره Bandura ١٩٧٧، ص ٤٩)

ويقدم (باندوره) بعض البراهين والتدعيمات لصحه افتراضاته السابقه بأن السلوك العدوانى متعلم ومكتسب مثل باقى اشكال السلوك فيما يلى :

أولا : ان الكائنات البشريه لا تولد ومعها ذخيره كبيره من الاستجابات العدوانيه التى

تضعها تحت تصرفها. ولذلك فهذه الاستجابات يتم اكتسابها بطريقه مشابهه

التعليمية دورا هاما فى هذا النمط من السلوك .

ثانيا : يتساوى الأطفال والراشدين الذين يتعاطون مكافآت ماديه أو معنويه قيمه أو اجتماعيه عند توجيههم العدوانيه تجاه الآخرين . أو الاشياء من حولهم . وعلى سبيل المثال . اثناء الحرب يقدم للجنود الذين يقتلوا أكبر عدد من العدو النياشين والميداليات ، وذلك المصارعين المحترفين يكسبوا جوائز وهدايا قيمه عند صرعهم للخصم بطريقة عدوانية جدا . وبالطبع لا يعزز السلوك تعزيزا موجبا دائما بالمكافآت والهدايا ولكن بعطى السلوك العدوانى نتائج سالبه مثل دخول السجن أكثر منه نتائج ايجابيه . ويحتاج السلوك العدوانى الى تكرار التعزيز ليصبح ميل سلوكى قوى لدى الاشخاص .

ثالثا : نظرا لأن السلوك العدوانى متعلم فهذا يفتح المجال لتعديل وخفض السلوك العدوانى عن طريق التشرطات المسئوله عنه فى البيئه . ولهذا تعتبر اكثر تفاؤل من حيث التحكم والسيطره على السلوك العدوانى عكس النظره الغريزيه أو الدافعيه .

(المرجع السابق ،ص ٥٦)

ويرى (ادموندس Edmunds) انه طبقاً لهذه النظريه فان المسالك العدوانيه الجديده التى يتم تعلمها من خلال المشاهده أو التقليد تعلم الفرد ليس فقط كيف يكون عدوانيا بل ايضاً ما هى النتائج الممكنه التى يمكن ان تترتب على العدوان . أى ان المشاهدة تعلم الافراد كيف يكونوا عدوانيين ولكن الممارسه الجديدة

يلقى التعزيز بميل للتكرار طبقاً لهذه النظريه ولكن السلوك العدوانى فى كثير من المواقف يعتبر اثابه أو تدعيما فى حد ذاته نظرا لأنه يخوض الاثاره الانفعاليه لدى الفرد طبقاً للنظريه الدافعيه الخارجيه أو الداخليه (العريزيه) . أو ان السلوك العدوانى يؤدى الى تقدير الذات . وخاصه عند تقبل المجتمع له مثل المصارعه أو الانتصار فى الحروب وبالتالى يؤدى الى جاذبيه اجتماعيه من تقبل المجتمع له .

وعن طريق تعميم المثير يمكن ان يستجيب الفرد بشكل عدوانى فى مواقف أخرى غير مواقف التعلم الأصليه . ويرى (باندوره) ان العقوبه أو التعزيز السالب للعدوانيه بدخول السجن أو خلافه يمنع السلوك العدوانى ولكنه غالباً ما يعطى نموذج أو صوره لتعلم السلوك العدوانى اكثر منه مانعا له . أى أن العقوبه اذا اعتبرت محبطه طبقاً لوجهه نظر (الاحباط - عدوان) الا انها تزيد من الاستجابات التنفيذيه أو الغضب الذى يصاحب أو يزيد من احتمال الاستجابه العدوانيه
(ادموندس Edmunds ١٩٨٠ ص ٢٠)

د : النظريه التشريحيه والفسيولوجيه :

(١) العوامل التشريحيه :

يرى (عكاشه) ان كل من اللوزه فى المخ والامجد الا والجهاز الطرفى فى السطح الأنسى للمخ مع التنبيهات الكهربائيه لأجزاء من الهيبوثلاموس لها علاقه بالعنف والعدوان (أحمد عكاشه ، ١٩٧٥، ص ١٩٨٣) .

كما يؤكد (روبرت) على ان " الأمجدالا " هى الجزء المسئول عن العدوانيه فى المخ ، وهى جزء من الجهاز الطرفى ويعتبر أقدم جزء فى المخ من حيث النشأه الجنينى والجهاز الطرفى مهم جدا للوظائف الانفعاليه الدافعيه التى تخص الحاجات البيولوجيه ويشمل الجهاز الطرفى عدد من المناطق أهمها الهيبوثلاموس والأمجدالا وقرن آمون. وبتقدم استخدام تكنيكات الاستئصال والاثاره الكهربيه وجد ان حاجز الامجدالا والهيبوثلاموس جزئين مهمين جدا بالنسبه للعدوانيه .

(روبرت Robert ١٩٧٨، ص٢٠٩)

(٢) العوامل الجينيه Genetice Factors

ويوجد الآن اهتمام خاص باكروموسومات المسئوله عن الشذوذ (Abnormality وكناتج من الآباء الأوائل يوجد زوج من الكروموسومات يطلق على الكروموسوم الجنسى هو (x للاناث) ، (Y للذكور) والصيغه الرمزيه للاناث هى (x x) وللذكور (xy) أى ان الفرد الحامل للكروموسوم (x x) يصبح انثى والحامل للكروموسوم (xy) يصبح ذكرا . ولكن تحدث بعض الاخطاء الجينيه فمثلا النمط الجينى (xx Y) نمط ذكرى يحمل بعض الخصائص الانثويه نظرا لوجود (x) فيميل الى الطول والنحافه وتأخر عقلى ونمو الصدر مبالغ فيه وعاجز عن الانجاب وأقل عدوانيه . وهناك افراد نمطهم الجينى يكون (x yy) يلاحظ ان اغلبهم من نزلاء السجون أى يعتبرون ذوى نمط ذكرى زائد أكثر عدوانيه وهؤلاء الافراد يكونوا أطول من المتوسط

وهذا ما سجلته منظمه الصحه العالميه عام (١٩٧٠) .

(روبرت Robert ١٩٧٨ ص ٣١١)

ويذكر (روبرت) عدد من المشاكل الخاصه ببحث هذه العوامل وكيفيه فصلهـــا أو الحصول عليهـــا .

* انه ليس من السهل الحصول على النموذج الكروموسومى (x yy) .

* المعدل الاساسى لحدوث النمط الجينى (x yy) فى المجموع العام غير معروف . وفى بعض الأحيان يتم اختيار هؤلاء الأفراد بالرجوع الى صفتين هما الطول الزائد والسلوك المضاد للمجتمع . والمده الزمنيه المفترضه للحصول على هذا الكروموسوم الزائد (Y) هى (٥٠ سنه) على الأقل .

* انه يمكن تفسير الاختلافات فى الأنماط السلوكيه الناتجه عن هذا النمط الجينى هرمونيا بزياده الهرمون الجنسى الذكرى . (المرجع السابق ، ص ٣٠٣)

(٣) العوامل الفسيولوجيه والهرمونيه :

أكد (احمد عكاشه) فى دراسه له على الافراد القتله الذين يتميز سلوكهم بالعنف ومن الموجودين بالسجون أو مستشفى الامراض العقليه . أنهم يتميزوا برسم مخ شاذ . وهذا يؤيد نظره الاساس الفسيولوجى للعدوان .

(احمد عكاشه ، ١٩٧٥ ، ص ١٨٣)

قام (ولسيم Willian ١٩٧٥) بتجميع نتائج الدراسات التى تمت خلال

وتم اختيار عينه تتكون من (٣٢٣) حاله من العينه الكبيره مع استبعاد الحالات التى لم يثبت قرار اتهامهم . وتم تسجيل رسم المخ لكل حاله مع تاريخ الحاله وتم استبعاد أيضا الحالات التى تعانى من نوبات صراع أو اصابات مخيه أو من المتخلفين عقليا . وبمقارنه رسم المخ الكهربى لمجموعه العدوانيين المحترفين ومجوعه أخرى ارتكبت جرائم عنف وليسوا محترفين . فوجد شذوذ فى رسم المخ بنسبه (٦٥٪) بالنسبه للمجموعه الأولى (٢٤٪) بالنسبه للمجموعه الثانيه ، (١٢٪) بالنسبه للمجموع الكلى العام . وأيضا (١٢٪) بالنسبه لمرتكبى الجرائم العسكريه العنيفه . أى تساوى النسبه فى المجموع العام . والشذوذ فى تسجيل الـ (E E G) للمجموعه العدوانيه المحترفه اشتمل الجزء الأمامى من المخ ويمثل ثلاثه أضعاف الخلفى . بينما الفصوص الصدغيه تأثرت فى الكل . ووجدت بنسبه (٨٠٪) أو أكثر . وكل هذه الدلائل الكلينيكيه الفسيولوجيه تؤدى الى المقابليه العاليه لدى الأفراد للعدوانيه المرضيه الدائمه .

(ولبم William ١٩٧٥ ، ص ١٨٥ الى ١٩٢)

ويقرر (روبنسون Robinson انه بتقديم تكنيكات الفحص الكيميائى وجد ان هناك مواد تتركز فى المخ كناتج من التمثيل الغذائى أثناء القتال أو الهزيمه . وبتحليل تلك المواد الكيميائيه يمكن تحليل التغيرات التى تحدث تحت تلك الشروط . ولوحظ ان الفئران الذكور عند عزلها أو فصلها بمفردها تصبح اكثر تهيجا وأكثر ميلا للمبادئه بالقتال والهجوم . ومثل هذه التغيرات تصاحبها تغيرات كيميائيه فى المخ . ومن أمثله تلك المواد الكيميائيه

والسيروتومين Serotomin) ويتم تمثيلها غذائيا ببطئ . واذ استمر احباط أو نشل الفئران لمدة طويلة فيصاحب ذلك تغيرات فى بلازما هرمونات الفئران ويصاحبها بالتالى زيادة فى الحامض الوراثى (R N A) فى مناطق معينة من المخ . ويحدث ذلك زيادة فى نشاط هذا الحمض مما يؤدى الى اضطراب فى تخليف البروتين وفى النشاط العصبى عموماً . (روبنسون Robinson ١٩٧١، ص ٢٩٢)

وحاول (مويير Moyer) ان يوجد علاقة بين نسبة هرمون التستسترون والسلوك العدوانى لدى مجموعة من المساجين عددها (٢١ سجين) ويتراوح عمرهم الزمنى من (١٩ الى ٢٢ سنة) أى متوسط العمر الزمنى (٢٦ سنة). وحدد نسبة الذكاء فوجدها (٩٠) واستغرقت فترة الدراسة أسبوعين . وتسم المجموعة الكلية الى مجموعتين حسب درجة العنف والعدائية والعدوانية بتطبيق قائمة (بص ود وركى Buss- Dur-kee) ومقياس القلق ومقياس الاستحسان الاجتماعى أو الجاذبية الاجتماعية Social desireability) وبتحليل بلازما التستسترون وتاريخ الحالة لكل سجين وخصوصاً السلوك الاجرامى الذى مارسه من الطفولة حتى (١٩ سنة) . فوجد أن (١٠) من بين المجموعة الكلية (٢١) سجين سجلوا جرائم عنيفة وارتكبوا حوادث عدة خلال تلك الفترة ووجد معامل الارتباط بين نسبة بلازما التستسترون (Testosteron) العالية لديهم ونسبة الجرائم (٦٥٪) . بينما الاحدى عشر الباقين لم يسجلوا حوادث عنيفة مثل المجموعة الاولى ولم يسجلوا ايضاً مستوى عالى

السيكولوجيه المختلفه وتاريخ الحالـه . ولهذا يقترح (مويـر) ان السلوك العدواني العنيف يعـزى الى زياده نسبـه التستسترون خـلال فـتره الطفوله والمراهقـه .

(مويـر Moyer ١٩٧٦، ص ٢٢٩)

وقا م (سكـوت Scott) بعده محاولات في هذا المجال على المساجين أيضا من الذكور . ووجد ان زياده نسبـه (التستسترون) هى المسئوله عن السلوك العدواني العنيـف (سكوت Scott ،١٩٧٧، ص ١٢٩).

ثانيا : محددات السلوك العدوانـي :

Determinants of Aggressive Behavior

يقسم العلماء المهتمين بدراسه السلوك العدواني تلك المحددات الى (أ) محددات اجتماعيه (ب) محددات بيئيه (جـ) محددات موقفيـه وسنتاول كل منهـا بالتفصيـل :

(أ) محددات اجتماعيـه :

لخص كل من (روبرت Robert ،باندوره Bandura) المحددات الاجتماعيـه فى ثلاثـه محددات هـي : الاحـباط (وقد سبق شرحـه) ـ الاستفزاز البدنـي واللفظي ـ التعرض لنماذج عدوانيه . وسنتاول كل منها بالتفصيل :

× الاستفزاز البدني واللفظـي :

Physical and verbal Provocation

يرى (روبرت ب.) أن الاستفزاز البدنى واللفظى من الآخرين يؤدى غالبا الى اثارة الانفعال العدوانيـة الشديدة جدا . وأطلق على استجابات العدوانيـه وترتيبها من حيث

الشده الناتجه عن الاستفزازت بنموذح التصعيد . فتبدأ بالسخريات والاستفزازات المعتدله أو الثورات والنوبات العرضيه غير المباشره ثم الاتوى فالاتوى . وهذا النموذج التصعيدى للاثاره ليس بين الأفراد بل بين الامم والشعوب مما يؤدى الى الحروب. ويقوم عديد من العلماء المهتمين بهذا المدخل ادراسه العدوانيه بالتجريب معمليا على حدوث العدوانيه كاستجابه للاستفزاز البدنى واللفظى باستخدامات الصدمات الكهربيه (روبروت Robert، ١٩٨٠، ص٤١٥)

*** التعرض لنماذج عدوانيه : تأثيرات العنف التلفزيزنى :**

يقرر (باندوره) بأن الافراد يتأثرون عاده بقوه الأفعال والكلمات للأشخاص المحيطيين بهم . وأن الاشخاص لديهم استعداد غالباً لتغيير اتجاهاتهم ومشاعرهم أو السلوك كنتيجه للتأثير الاجتماعى من الآخرين . كما اقترح (باندوره) ان التعرض البسيط لأفعال ومعطيات الآخرين تكون غالباً كافيه لانتاج التغيرات الهامه فى مشاعر وسلوك المشاهدين . وأخذ البحث فى هذاالاتجاه سواء كان التأثير غير مقصود أو مقصود مسارين متميزيين هما :

١- المسار الأول هو تحديد الى أى مدى تلعب المعايشه للنماذج العدوانيه دور فى حدوث وانتشار العنف . وأكد اصحاب هذا الاتجاه ان الوجود للأشخاص الذين يسلكوا بطريقة عدوانية واضحة من الممكن ان يثير ويفجر افعال مشابهه لدى الاخرين.

بتعرض الأشخاص لنماذج عدوانيه عنيفـه . فأظهـر هـؤلاء الاشخـاص مستويات عـدوان ضد الآخرين عنـه لدى الأشخاص الذين لـم يتعرضـوا لمثل هـذه النماذج العـدوانيـه .

(روبرت Robert ١٩٨٠، ص ١١٧)

٢- والمسار الثانى من البحوث اهـتم بالتأثير الممكن للعنف للمشاهد من خلال التلفزيـون وبخاصه تأثيره على سلوك الأطفـال .

(باندوره Bandura ١٩٧٧، ص ٣٢)

(ب) محددات بيئيه للعدوانيـه :

ان المتغـيرات الفيزيقيـه البيئيه من حول الانسان تـؤثر على حالتـه الفسيولوجيـه وبالتالى فالحاله الفسيولوجيه لأى شخص تـؤثر على آرائـه وافكاره وسلوكه عموماً . ولهـذا يرجح عدد من العلماء بأنّ العدوانيه تتأثر بالبيئه الفيزيقيـه من حـول الافـراد . ولهذا يرى (روبرت Robert) ان السلوك العدوانى يتأثر بالعوامل البيئيه الفيزيقيـه مثل الضوضـاء ودرجه الحـراره والازدحام وغيرهـا . (روبرت Robert ١٩٨٠ ص ١١٤)

(جـ) محددات موقفيه :

وتخص المحددات الموقفيه المفاهـيم المختلفه للسياق العام الذى يحدث خـلالـه مثـل هذا السلوك العـدوانـى . وتكزت الابحاث فى هـذا المدخل على عاملـين همـا : تأثير العقاقـير (الادويـه) - زيادة الاثاره الفسيولوجيـه .

*** تأثير العقاقير : Drugs

اتجه (موير Moyer) الى دراسه أثر بعض العقاقير على اثاره السلوك العدوانى فقام بسلسله دراسات حول أثر كل من الكحول والمرهوانه Merihuana على اثاره السلوك العدوانى أو احباطه . ونتائج الدراسات افترضت ان كل من المرهوانه والكحول لها دور فى اثاره السلوك العداونى تجاه الآخرين . ولكن اتجاه وحجم هذه التأثيرات تبدو مختلفه كثيرا فيما بين هذين العقارين .

(موير Moyer ١٩٧٦ ، ص ٢٢٩)

*** زياده الاثاره الفسيولوجيه :
Heightened Physiological Arousal

لقد توصل (زيلمان Zillman) بعد عديد من التجارب الى نتائج فى هذا المجال أوضحت ان زياده الاثاره الفسيولوجيه المتنوعه المنبثقه عن المشاركه فى الأنشطه التنافسيه والتدريبات الصعبه القويه والتعرض للافلام المثيره تستطيع اثاره العدوانيه تحت بعض الشروط . وتعنى كلمه (تحت بعض الشروط) التأكيد على العوامل الموقفيه التى تعطى هذه التأثيرات تحت عوامل محيطه خاصه ونوعيه . وتتلخص هذه الشروط فيما يلى :-

- تؤدى زياده الاثاره المحدثه للعدوانيه الى حدوث السلوك العدوانى اذا كان هذا السلوك استجابه سائده أو قويه . واذا اكان العكس فلا تكون العدوانيه . ولا تزيد

٢- والعامل الثاني الذى يظهر ويحدد الى أى مدى زيادة الاثارة الفسيولوجية تؤدى الى زيادة العدوانيه . وهى الطريقه التى يعنون (label) أو يأول بها الشخص هذه المشاعر . (زيلمان Zillman، ١٩٧٩، ص ٤٢) .

ثالثا : علاقة العدوانيه بالعدائيه :

لقد اخذ مفهوم العدوانيه والعدائيه اهتمام كبير . وبخاصه دراسه طبيعه كل منهما والفروق بينهما . وقد فرق بص (Buss) بين العدوانيه والعدائيه ويعزى العدائيه الى العدوانيه المدعمه بالأذى ، وأنها تشتمل على التقديرات السالبه للأشخاص والأحداث . وقد حاول (بص) التمييز بين العدوانيه والعدائيه فى النقاط التاليه :-

** أن العدائيه استجابه اتجاهيه وتتضمن استجابه لفظيه للتعبير عن المشاعر السالبه والتقديرات للأحداث والأفراد . والاستجابه العدائيه ليست وسيليه ولا أتونوميه ، وأكثر من ذلك تشتمل على التأويل والتقييم للمثير . والتقييم السالب له تأثير على الآخرين الا اذا تم التعبير عنه لفظيا . أى تأخذ القسم السالب من العدوانيه أى الجمل الخاصه بوصف الشعور . وهذا لا يعنى ان العدائيه والعدوانيه شئ واحد (identical) ولكن ابعد من هذا ان العدوانيه تشتمل على مكونات عدائيه .

فان الغدائيه تستنتج من السلوك العدواني الآخـر .

** تتكون العدائيه من الهجمات المضاده الزائده على الذات الفرديه والنبذ والحرمان .

** ويمكن النظر الى العدائيه على انها استجابه غضب مشرطه وليست لديها صفـــه الاتونوميه ـ بالاضافه الى الاستجابات الكامنه الناتجه كردود فعل غاضبه ناتجـــه عن ادراك المثير المغضب . فترتبط هذه الاستجابات الكامنه مع الاستجابات الغاضبــه فتصبح استجابات عدائيـــه .

** وحيث ان العدائيه تنمو وتتطور على اساس العبارات اللفظيه التى تحدد نشه المثير ونوعه . وهذه الاستجابات اللغويه لا توجد الا فى الانسان ولذلك فالعدائيه قاصـره على الجنس البشرى لامتلاكه الميكانيزمات والاستجابات الرمزيه (بص Buss ١٩٦١ ، ص ١٢ الى ١٦) ورغم محاولـه (بص) التمييز بين العدوانيه والعدائيه الا انـــه صمم مقياسا (قائمه) لأنماط السلوك العدواني اشتملت على ثمان فئات سلوكيـــــه لم تفرق بين العداء والعدوان . أطلق عليها قائمه بص ود بركىBuss (B.D.I) Durkee- I .- ورغم ان المدخل النظرى لكل من (بـص Buss) و (فولدز Foulds) يبدو مختلفا الا ان انماط السلوك التى يعكسها مقياس كـــل منهما للعدوانيه أو العدائيه تتشابه معا . فعامل العدائيه العامه على مقيـــاس HDH Q) يشابه العدائيه الكامنه عند (بص) . وهذا ما اثبته (كلارك Clark) فى دراسته . وقد سبقه (بندنج Bending ١٩٦١) باجـــراء

(Covert Hostility) والعدائيه الكامنه (Overt Hostility)
وصم على اساسها مقياسه للعدائيه (بندنج Bendind ١٩٦١ ص ١٩٠).

وهذان العاملان يقابلان العقابيه الخارجيه والعقابيه الداخليه على قائمـــه
(فولدس) على الترتيب . ولهذا تعتبر قائمه (HDHQ) أكثر تطورا من كـل
من قائمه (B.D.I) ،قائمه (بندنج) . كما تمتاز بتوضيحها لا تجـــاه
العقابيه للداخل أوالخارج .

ويرى (ادموندس) ان العدائيه الظاهره فى مقياس (بندج) تشبه عامل تمخرج العدائي
على مقياس فولدس (AH) أو العدائيه فى مقياس (بص) والعدائيه الكامنه فى مقيـــاس
(بندج) تشبه عامل العدائيه العام عند (فولدس) أوالعدائيه الكامنه فى مقيـــاس
(بـص) "(ادموندس Edmondus ١٩٨٠ ،ص ١٩٩٥م)

الا ان (ادموندس) يرى ان العدوانيه والعدائيه كلاهما يشتمل على الرغبه فى ايذاء
الآخريـن . وطبقاً لتحليل (بـص)فان كلا من شكلى السلوك عدوائى لاشتمالها علـى
المثير الضار أو المغضب وكلاهما أيضاً وسيلى وأوضح (ادموندس) الفرق فيما يلـى
-يستخدم اصطلاح العدائيـه (hostility) والعدوانيـه المدعمـه بالاذى للاشارة
الاستعدادات المدعمه تدعيماً جوهريـا (intrinsically) (داخليـــا) .
ويضيف (ادموندس) الى ذلك ان (بص) على الرغم من محاولته التفريق بــــين
العدوانيه والعدائيه الا انه لم يضع تعريفاً اجرائيـاً محدد لكل منهمـــا .

والعدوانيه العدائيه (hostile aggressiveness) وهذا الاصطلاح الأخير ورد في كتابات (باندوره) عن العدوانيه أيضا .

(ادموندس Edmonds ، ١٩٨٠ ، ص ٢١ ، ٢٢)

وقد قام ز(زيلمان) بالتمييز بين العدوانيه والعدائيه أيضا . ولكن من حيث حالتهما الدافعيه . ويتلخص هذا الفرق في النقاط التاليه :-

* * أي أو كل نشاط يقصد به الشخص الايذاء البدني أو الألم لشخص آخر . وهذا الأخير مدفوع لتجنب هذا السلوك . فيطلق عليه سلوك عدواني .

* * اى أو كل نشاط يقصد به الشخص الايذاء للآخرين أكثر منه تدميرا جسميا . أو ألما جسميا لشخص مدفوع لتجنب مثل هذا السلوك فيطلق عليه السلوك العدائي .

* * أي أو كل نشاط تواصلي (communicative) أو تعريفي (conveying) أو انتقالي . يقصد به الشخص التصرف بطريقه عدوانيه أو عدائيه تجاه شخص آخر معتمده أو غير معتمده على شروط معينه . فيطلق عليها التهديد العدواني .

(threat of aggression) أو التهديد العدائي (threat of hostility) على الترتيب .

** أي أو كل نشاط يشير الى السلوك العدائي او العدواني ولكن لا يقصد الشخص القائم به ايذاء أو ضرر شخص آخر . فيطلق عليه سلوك تعبيري expressive behavior الذى ربما لا يرتبط أو يرتبط بحاله الغضب أو الضيق .

× × أي أو كل حالة من الميل أو الرغبة في الاعتداء علي ، أو عدائي تجاه ، أو تهديد شخص يطلق عليه استعداد عدواني أو عدائي أو تهديدي على التوالي
(زيلمان Zillmen ١٩٧٩ ص ٣٢ . ٣٣)

وقد حاول (زيلمان) تقديم انماط سلوكيه لتفسير العدائيه والعدوانيه بشكل اكثر دقه ولكن يمكن تلخيص الاسس الثلاثه التى اقام عليها (زيلمان) كيفيه التمييز بين العدوانيه والعدائيه .

أ : توجيه العقوبه أو الضربه الجسديه للاصابه . فى مقابل توجيه الضرر للايذاء وليس للاصابه الجسديه . ولكن فى اصطلاحات اكثر عموميه .

ب : النيه أو القصد فى توجيه الضربه أو الإيذاء فى مقابل التعبير عن الغضب أو الازعاج أو أى خبره غير ساره .

جـ : التواصل (communication) للتهديد . فى مقابل توجيه ضربه للايذاء أو التعبير عن الغضب (المرجع السابق ، ص ٣٤)

ويختلف (فولدس Foulds) عن الآخرين فى العلاقه بين العدوانيه والعدائيه فيعزيهما فى نظريته الى العقابيه (punitiveness) أى الى دافع واحد هو عقاب الذات أو العالم الخارجى . ويرى ان العقابيه هى ميكانيزم أساسى يساعد على تحديد المرض الشخصى . الذى يقع على متصل من زياده درجه الفشل فى اقامه أو الحفاظ على العلاقات الشخصيه المتبادله والاغلبيه من الافراد تستطيع التأثير على غيرها . وتكون اكثر نجاحاً فى اقامه علاقه شخصيه تقوم على التعاون والتبادل . واذا لم يحدث ذلك عانوا من الضغوط والاجهاد (stress) ويلجأوا الى لوم الذات أو لوم الآخرين .

ويطلق عليه التمركز حول الذات . وهنا يفترض (فولدس) أن العقابيه هي ميكانيزم اساسي اتجاهي مناسب لقياس درجه التمركز حول الذات . وهنا يفترض (فولدس) ان العقابيه هي ميكانيزم أساسي اتجاهي مناسب لقياس درجه التمركز حول الذات والعرض الشخصي . ويفترض أيضا ان العدائيه دافع متكامل ويتجه مباشره الى الذات أو الى العالم الخارجي ضد الاشخاص أو الاشياء . وأول من استخدم اصطلاح عقابي داخلي (intropunitiveness) وعقابي خارجي extropunitiveness - هو (زوزنزويج Rosenzwig) لتحديد اتجاهات العدائيه . ويرى (فولدس) أن العدائيه والعدوانيه دافع واحد متكامل (unitary drive) ويأخذ شكلين رئيسيين هما عقابي متجه للداخل وعقابي متجه للخارج . وعلى اساس نظريته هذه صمم مقياس يشمل مدى واسع من العدوانيه والعدائيه واتجاه العدائيه

(فولدس Foulds ١٩٦٥ ص ١٨-٢٤)

ويتضح مما سبق مدى الترابط بين العدوانيه والعدائيه الذي عبر عنه (فولدس) في نظريته عن العامل العام للعدائيه أو ما يطلق عليه العدائيه العامه التي تشتمل على كل انماط السلوك العدواني والعدائي . ولذلك كان اختيار (فولدس) انسب القوائم للدراسه السيكوسوماتيه لاظهار اتجاه العدائيه العامه . وتوضيحه لمفهوم العقابيه سواء كانت عدوانيه صريحه أو كامنه غير مباشره .

وفي دراسه عن العلاقه بين مقاييس العدوانيه والعدائيه فقد قام (كلارك Clark)

مرتفعه على المقياسين السابقين . ووجد ايضاً ارتباط ذو معامل عالي بين الدرجه الكليه على قائمه (B.D.I) والعامل العام للعدائيه على استخبار العدائيه واتجاهها (كلارك Clark ، ١٩٧٠، ص ٢٢٥)

ووجد (ليفون ميلكيان وحسين الدريني) في بحث عن نظاهر السلوك العدواني لدى طلبه المرحله الاعداديه والثانويه في قطر ان العدائيه لها دور في ازكاء السلوك العدواني التدميري لدى هؤلاء الطلاب المراهقين . ووجد ايضاً ان السلوك العدواني الظاهر يقل بتقدم السن والفرق الدراسيه ويتجه العدوان للداخل أكثر. أي ان العدائيه الموجهه للخارج لدى طلبه المرحله الاعداديه أكثر منه لدى المرحله الثانويه . (ليفون مليكيان ، وحسين الدريني ، ١٩٨٣، ص ٢٤)

ويرى كل من (بك Beck ١٩٧٦) ، (كيندل Kendell ، ١٩٧٠) ان كل من العدائيه والعدوانيه هي المشاعر والاتجاهات السالبه عن الآخرين أو العالم من حولهم وعن الذات . في الابحاث التي قام بها كل منهما . فقد قدم (بك) نظريته المعرفيه في الاكتئاب التي فسر بها تطور حدوث الاكتئاب عن طريق العدائيه (hostility) .

رابعاً : العدوانيه والعدائيه وعلاقتهما بأبعاد الشخصيه :

حاول كثير من العلماء المهتمين بدراسه العدوانيه والعدائيه دراسه العلاقه بين

هى الابعاد الانفعاليه عند "أيزيك" حسب نموذجه .

وقد اعتبر (بص Buss ، ١٩٦١) العدوانيه متغير من متغيرات الشخصيـــــه أى كمجموعه من الاستجابات الثابته والواسعه . فقد عرف العدوانيه بأنها استجابـه لكل من الاحباط أو الهجوم . وربما تكون مساعده على اكتساب أو الحصول على هدف ما . وهذه الاستجابه ترتبط أو لا ترتبط بحاله انفعاليه ضعيفه . وتختلف العدوانيه تبعا لخصائص الأفراد . وهناك فروق فرديه بالنسبه لشده الاستجابه وتكرارهـــا .

(بص Buss ١٩٦١ ،ص ١٨٣)

ويرى (بص) ان هناك عدداً من العوامل المسئوله عن تطور العدوانيه ونموهـــا بالاضافه الى النماذج الوالديه والتعلم والعوامل البيئيه وهى :

١- الاندفاعيه أو التهور implosiveness

٢- شده الاستجابه أو رد الفعل . intensity of reaction

٣- مستوى النشاط والاستقلاليه . (المرجع السابق ،ص ١٨٤)

وحاول (ادموندس) تقديم مقارنه توضيحيه لكل من هذه العوامل السابقه والابعاد حسب نموذج (أيزنك) . وتوصف الاندفاعيه كعدم القدره على التعامل أو تقبل الفشل ويشبه مفهوم الاندفاعيه مفهوم الانبساط عند (ايزنـــك) . ويشير مستوى النشـــاط الى الطاقـــه المستخدمه عضويا فى الانشطه المختلفه . وهذا الجزء محدد بالهرمونات

النشاط وفرط الدم (hypermania) . وتنتظم الأفراد تصاعدياً على هذا المتصل حتى تنتهى بالعدوان . وهذا طبقاً لسلوكياتهم والعلاقات الاجتماعيه وخصوصاً المواقف التنافسيه والاقتحامات الاجتماعيه (social intrusivenes) . ومستوى النشاط كمتغير من متغيرات العدوانيه عند (بص) له علاقه بعاملين من عوامل الشخصيه . فدرجه النشاط الاجتماعي للفرد له علاقه بالاجتماعيه فى عامل الانبساط عند (أيزنك) . وفكره المتصل عند (بص) يشبه فكره الاثاره عند (أيزنك) . وتشبه أيضا وصف (أيزنك) للشخصيه الانبساطيه العصابيه (Eysenk ١٩٦٧) وطبقاً لفكره (بص) عن شده رد الفعل (أو الاستجابه) فهناك فروق بين الافراد فبعض الأفراد يعطون شده استجابه عاليه جداً بينما يعطى الفرد الآخر استجابه متعدله لنفس المثير. وهذا المفهوم يشبه مفهوم (أيزنك) عن التنشيط (activiation) ويفترض (بص) ان الافراد ذوى درجه رد الفعل العاليه يظهر عليهم غيظاً ومعاناه شديده لنفس المثير الذى يستجيب له الآخرين استجابه معتدله من الغضب . وبهذا الغضب الشديد تزداد القابليه لزياده العدوانيه.

والمتغير المزاجى عند (بص) للاستقلاليه يشتمل على عدد من السمات ومنها (١) الرضا الذاتى (٢) المقاومه لضغوط الجماعه . (٣) الثوره والتمرد . وطبقاً لفكره (بص) هذه عن الاستقلاليه فالشخص المستقل يصبح عدوانيا نتيجه للضغوط لكى يساير المجموعه . وهذا النمط من السلوك يشبه النمط الذى وصفه (أيزنك)

ويرى (أدموندس) ان هذه المتغيرات لم تحدد بوضوح لدى (بص) بل وضحها (أيزنك) فى بعدين اساسيين . أطلق عليهما بعدى الانبساطيه والعصابيه . والفروق الفرديه فى بعد الانبساطيه يعزيها (أيزنك) الى الفروق فى درجه القابليه للتشريط . وفسيولوجيا يعزى الفروق الى الاختلافات فى نظام التنشيط الشبكى .

(أدموندس Edmondus ١٩٨٠، ص٢٦)

ويصف (أيزنك) النمط الانبساطى بالتهور وارتكاب الأخطاء وتقلب المزاج . ويميل الى العدوان . وينظر (أيزنك) الى العدوان كأحد السمات المحدده للانبساطيه . ويرى ان الاجتماعيه وتطور نمو الضمير يتم من خلال عمليه التشريط . ويرى أن تشريط الانطوائيين أسهل من تشريط الانبساطين . وأن الانطوائيين أقل عدوانيه من الانبساطين ويفترض أن نظام التشريط لدى الانبساطين به خلل ويمكن التحكم فيه للتخلص من الاستجابات العدوانيه الزائده . ويرى (أيزنك) أن الانفعاليه والعصابيه والقلق يعملوا كدوافع للحالات المنفعله كى تصبح أعلى استثاره عندما تواجه بمثير معين .

(أيزنك Eysenck ١٩٦٤، ص ١٣٣)

وتشبه فكره (أيزنك) السابقه فكره (بيركوتيز Berkowitz) عن الشخصيه العدوانيه بأنها شخصيه لديها مخزون من الطاقه العدوانيه المكبوته ولكنها سريعه الغضب . وعندما يستثار هذا الغضب فان استجابتها تكون عدوانيه أكثر من الشخصيات الأقل عدوانيه . (بيركويتز Berkowitz ، ١٩٦٢ ص ١٢٠)

التى سبق شرحهـــــا .

وكل هذه الافتراضات السابقة هي محددات وصفيه نظريه تؤدى الى التداخل والتوازى بين المصطلحات أكثر منه تحديدا اجرائياً . وهذا دفع كثير من الباحثين لدراسه هذه العلاقه بين متغيرات العدائيه والعدوانيه وابعاد الشخصيه العامه .

فقد قام (بندنج Bending) باجراء تحليل لهذه العلاقه بين العصابيه أو الانفعاليه وبعد (الانبساط) حسب نموذج (أيزنك) وعاملى العدوانيه والعدائيه فوجد ان الانبساطيه لها ارتباط دال مع العدائيه الظاهره . كما قسم العدائيه الى عدائيه ظاهره وعدائيه كامنه في دراسته (١٩٦١) كما وجد ان عامل العدائيه العام له ارتباط مع العصابيه (N) . (بندنج Bending، ١٩٧٢ ، ص ١٨٠)

ولقد تبع (بندنج) دراسات عديده لمحاوله تفسير العلاقه بين بعض المتغيرات فى ابعاد الشخصيه وكل من العدوانيه والعدائيه . وعلى سبيل المثال :

دراسه (فروست Frost ١٩٧) عن الانبساطيه والعدوانيه . فوجد ان الانبساطيه كما تقاس بقائمه (أيزنك) للشخصيه (E.P.I) مشبعه بعامل العدوانيه ولكنها متناقضه مع عامل العقابيه الداخليه وليس لها ارتباط دال مع مقياس العدائيه الظاهره لبندنج (فروست Frost، ١٩٧٠ ، ص ١٤٢) وهذا بالرغم ان (بندنج) أثبت ان العدائيه الظاهره لها معامل ارتباط دال مع الانبساطيه كما سبق . وهذا يوضح التناقض فى النتائج رغم ان أداه القياس فى الحالتين واحده .

وفى دراسة أخرى قام بها (بورن Burn ١٩٧٢) لدراسة ابعاد العدوانيه والعدائيه وعلاقتها بأبعاد الشخصيه . فقام باجراء التحليل العاملى لـ (١٧) مقياس وهم اختبار بندنج للعدائيه (العدوانيه الظاهره ، العدائيه الكامنه) واستخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) (٥ مقاييس فرعيه) وقائمه (بص ود بركى) للعدائيه (٨ مقاييس فرعيه) . وبعض مقاييس الشخصيه المشتقه من اختبار (منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصيه) (MMPI) مثل الاندفاعيه الذى افترض أنه يقيس كل من الانبساطيه والعصابيه . بعد تطبيقها على (١٦٥) مريض باضطراب نفسى وبعد اجراء التحليل العاملى توصل الى ما يلى :

(١) الارتباط بين الانبساطيه والعدوانيه بسيط وسالب (- ١٩ر) ولم يستطيع فصل عامل الاندفاعيه كعامل عام للانبساطيه .

(٢) وجدان استخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) مشبع بمقاييس (بص) الثمانيه . وأطلق عليه العامل العام للعدائيه . فمعامل الارتباط بينهما يصل الى (+ ٧٢ر) فهو ترابط موجب وعالى .

(٣) الارتباط بين الانبساطيه والعدائيه سالب وبسيط فوصل معامل الارتباط البينى (- ٣١ر) .

(٤) الارتباط بين العصابيه والعامل العاملى للعدائيه على استخبار العدائيه واتجاهها عالى وكذلك مع العدائيه الكامنه على مقياس (بندنج) .

(٥) الانبساطيه والعدوانيه الظاهره يرتبطان معاً . (وقد اثبت ذلك (بندنـــــج)
كما سبق ولكن نتائج (فروست) تناقض ذلـك .

(بورن Burn ١٩٧، ص ٢٠ ــ ٢٦)

خامسا : بعض الدراسات عن العدوانيه والعدائيه :

(١) دراسة (يانسان ريمون Remon, R. ١٩٧٣) .

بعنوان : العامل الروماتيزمي وديناميات العدوانيه لدى المرضى بروماتيزم المفاصل من الانـاث .

الهدف : هو دراسه الفروق في ديناميات العدوانيه بين المجموعتين (SP) ، (SN) .

العينه : تتكون عينه الدراسه من (١٧) مريضه بالروماتيزم المفصلي لديها أقارب مصابين بالروماتيزم المفصلي أطلق على تلك المجموعه (SP Sero-Postive) ، (١٧) مريضه بروماتيزم المفاصل (SN) ليس لديها أقارب مصابين بالروماتيزم المفصلي وأطلق عليها (Sero-Nigative) وذلك لحسم عامل الوراثه ودوره في نشأه المرض . رغم مجانسه المجموعتين من حيث العمر الزمني - الزواج - المستوى الاجتماعي - مرحله المرض - المستوى الوظيفي - استمرار المرض وتم مقارنتهم في أزواج متقابله .

الادوات : استخدام الباحث قائمة (بص وردركي) (B.D.I) لقياس العدوانيه

والعدائيه والاتجاهات العدائيــه ـ وتقدر العدوانيه العامه بحاصل جمع المقاييــس الفرعيــه الثانيــه .

النتائــج : سجلت المجموعه (SN) درجات على قائمه (B.D.I) تقارب المستويات السويه . ولكنها تساوى نفس درجات المرضى فى المستشفى بأمراض أخرى . ومتوسط درجات المجموعه (SP) هو (٢٩٫٥) أكبر من متوسط درجــات المجموعه (SN) وهو (٢٣٫٣) والفروق بينهما داله عند مستوى دلالــه (٠٫٠٥) . وبدراسه الباحث للمجموعتــين من حيث بدايه المرض ووجـــود ضغوط حياه ترتبط ببدايه المرض . فوجد ان المجموعه (SN) ترتبط مــع النموذج (M.C.G) أى المجموعه الصراعيه (Magor conflict - Group) والمجموعه (SN) ترتبط مع النموذج (M.C.G) أى المجموعه غير الصراعيه (Magor n conflict Group) وقد فسر الباحث النتائــــج السابقه من حيث ديناميات العدوانيه . فوجد ان المجموعه (SP) أقـــل من حيث القدره على تفريغ اندفاعيات العدوانيه . وتظل لديها عمليه كــف للتعبيرات العدوانيــه .

واكد (ريمون) على ضروره دراسه بروفيل الشخصيه المرتبط مـــع ديناميات العدوانيه بالاضافه الى محدد ضغوط الحياه الذى أكد على وجود علاقــه بينــه وبين نماذج العدوانيه للاناث المرضى بروماتــيزم المفاصـل .

الروماتيزميه باختياره للمجموعتين (SP) ، (SN) على أساس ظهور المرض لدى أحد الاقارب بدراسه سلاسل الأسره وأفرادها في المجموعتين . فهذا ليس بكاف لتحديد العامل الوراثى فربما الفرد حامل للصفه الوراثيه ولكن لا تظهر عليه مورفولوجيا كما هو معروف في الوراثه . وكذلك ربما يرث الفرد الاستعداد للاصابه ولكن لا تظهر عليه الاصابه فعلا الا اذا توافرت شروط أخرى . وبالاضافه الى ذلك مراجعه التاريخ الطبي والمرض للاسره والاقارب ليس معيارا صادقاً يتسم بالدقه . والهدف الاساسي من الدراسه هو الفروق بين ديناميات العدوانيه لدى المجموعتين . وجاءت النتائج معتمده على المتوسط الحسابى وليست موضحه للديناميات وربما يرجع ذلك الى ان الباحث استخدم اختبار سيكومترى وحده دون الاستعانه بالمنهج الكلينيكي وفنياته التي تعين على اظهار الديناميات بالاضافه الى عدم مقارنه متوسط المجموعتان بمتوسط مجموعه سويه أخرى كمجموعه ضابطه بدلا من عقد المقارنه بين المجموعتين فقط . والقائمه المستخدمه لقياس العدوانيه والعدائيه لا تعطى الاتجاهات العدائيه وبالنسبه لمتوسط درجات المجموعه (SP) التي لديها اقارب مصابين بالروماتيزم المفصلي (أى يوجد عامل وراثى مسئول) على اختبار (B.D.I) (٢٩٫٥) أى درجه العدوانيه لديها أعلى من الفئه الأخرى . هذا يطرح سؤال توضيحى ربما تكون درجه العدوانيه العاليه المسئوله عن المرض السيكوساماتى . وربما أيضا دور العامل الوراثى الاستعدادى . وهذا لم يفسره الباحث . وخصوصاً أن هذه المجموعه .

بصراعات أو ضغوط حياه) . وأهم ما جاءت وأكدت عليه هذه الدراسه هو دراسه بروفيل الشخصيه المرتبطه بديناميات العدوانيه . والتأكيد على وجود ضغوط انفعاليه مستمره تسبق الاصابه .

(٢) دراسه ريتاوريس : Rita & Rees) ١٩٦٣ (فى لندن)

بعنوان : المظاهر النفسيه للصداع النصفى :

الهدف : تهدف هذه الدراسه الى بحث الافتراض بأن العوامل النفسيه ربما تساهم فى نشأه الاصابه بالصداع النصفى كما يلى :

(١) يوجد بعض السمات الشخصيه الخاصه التى تعتبر كعوامل مهيئه أو استعداديه للاصابه بالصداع النصفى .

(٢) الخبرات الانفعاليه الضاغطه أو المجهده (Stressful) تعتبر أيضاً كعوامل مهيئه للاصابه .

الادوات :

١- قائمه أيزنك للشخصيه (E.P.I) .

٢- اختبار القلق أو التوتر - تم اشتقاقه من اختبار منيسوتا للشخصيه المتعدده الاوجه (M.M.P.I) .

٣- قائمه بص ودركى (B.D.I.) للعدائيه والعدوانيه .

٤- المقابلات الشخصيه . وتتضمن اسئله تدور حول التكيف الحالى النفسى والأسرى

الأولاد - الزواج - العمل - العادات السلوكيه المحببه والمكروهه .

العينـــه :

تتكون عينه البحث بالاضافه الى المجموعه التى اجريت لها مقابلات شخصيـــه من ٦ مجموعات مقسمه كالاتـــى :-

(١) مجموعه مريضه بالصداع النصفى التقليدى (Classic M) (أى يصحبه تـــئ وألم فى جانب واحد من الرأس) .

(٢) مجموعه مريضه بالصداع النصفى الشائع (Common M) (لا يصحبه قـــئ والالم فى جانب واحد ايضاً) .

(٣) مجموعه مريضه بالصداع غير النصفى (كمرض عضوى آخر) .

(٤) مجموعه مريضه بالربو أو الأزمه الصدريه (Athmatic) وتعتبر هذه المجموعه ممثله لاضطراب سيكوسوماتى آخر . ولكن ليس صداع نصفـــى .

(٥) مجموعه مريضه بالصداع النصفى وموجوده داخل المستشفى .

(٦) مجموعه أسوياء كمجموعه ضابطه . ليس لديها أى اضطراب نفســى أو سيكوسوماتى أو عضـوى . وكل مجموعه من المجموعات السته السابقه يمثلها (٥٠) حالـــه من السيدات ، (٥٠) حاله من الرجال ، ومتوسط العمر الزمنى للسيـــدات (٤٣٫١) سنـه ، وللرجال (٣٨٫٧) سنـه . (٦٨ ٪) من الرجال متزوجين ، (٤٥ ٪) من السيدات متزوجات .

يوجد فروق داله على درجه العصابيه لدى حالات الصداع النصفى عنه لدى المجموعه الضابطه من الرجال والسيادات ، ومستوى الدلاله (٠٥ر) لكل المجموعات ولكـــن تزيد درجه العصابيه لدى المرضى بالصداع النصفى والموجودين داخل المستشفى عن بقيه المجموعات المرضيه . ولا يوجد فروق داله بين المجموعات المرضيـــه الآخرى . وتقع مجموعه الربو (بالنسبه لدرجاتهم على مقياس العصابيـــه) بين درجات المجموعه الضابطه ومجموعه الصداع النصفى ولكن الفروق بين المجموعات الثلاث غير داله .

٢- مقياس الانبساط :

أظهرت مجموعات الصداع النصفى كلها فروق داله احصائياً عند مستوى (٠٥ر) بالمقارنه مع المجموعات الضابطه . لكل من مجموعه السيدات والرجال أيضاً .

٣- بالنسبه لعامل الانفعاليه يوجد زياده داله احصائياً فى درجات المجموعـــه المريضه بالصداع النصفى عنه لدى المجموعه الضابطه والمجموعات الآخرى لكل من الرجال والسيدات) .

٤- وبالنسبه لمقياس القلق فقد حصلت حالات السيدات المريضات بالصداع النصفى على درجه عاليه وداله احصائياً بمقارنتها ببقيه المجموعات .

٥- وبالنسبه لمقياس الكذب (L) فلا يوجد فروق ذات دلاله احصائياً بين المجموعات كلها بالنسبه لهذا المقياس .

من مجموعات الرجال أو السيدات سواء المريضات أو المرضى أو المجموعه الضابطه.

٧- أمكن استخلاص دليل قاطع على مشاركه الضغوط الانفعاليه كعامل مهيئ فى الاصابه بالصداع النصفى ، وتم استخلاص ذلك من المقابلات الشخصيه ودراسه التكيف الحالى لكل حاله على حده .

٨- بالنسبه لمقياس العدائيه .

** حصلت السيدات المريضات بالصداع النصفى الموجودات بالمستشفى على درجات ذات دلاله احصائيه على العامل (١) (السلوك العدائى) والعامل (٢) (الاتجاه العدائى) عنه لدى المجموعه الضابطه . ومستوى الدلاله (٠٥ر) ما عدا مجموعه المريضات بالصداع النصفى الشائع . فلا يوجد فروق داله بينها وبين المجموعه الموجوده بالمستشفى .

** ويوجد فروق داله احصائياً بين درجات الرجال المصابين بالصداع النصفى الكلاسيكى عنه لدى المجموعات الآخرى على العامل (١) السلوك العدائى .

وبالنسبه للعامل (٢) الاتجاه العدائى فلا يوجد فروق ذات دلاله احصائيه بين المجموعات الأخرى و هذه المجموعه . أو بين المجموعات الأخرى وبعضها بالنسبه للرجال .

تعقيب

تتميز هذه الدراسة بشمولها لعينات متميزه من مرضى الصداع على اساس التشخيص الطبى الدقيق والمقارنه بمجموعات ضابطة لكل مجموعة .. وتناولت أيضا

الجنسين من المرضى . واضطراب سيكوسوماتى آخر مثل الربو. وتتميز هذه الدراسه بتناولها لأكثر من متغير سيكولوجى له دوره فى الاضطراب السيكوسوماتى وخصوصاً خصائص الشخصيه أو ابعادها والعدائيه واتجاهها . الا ان المقياس المستخدم لدراسه اتجاه العدائيه يستخدم فقط فى دراسه صور ونماذج العدوانيه والعدوانيه فلم يكن مناسباً لذلك . ولقد نجحت تلك الدراسه فى تقرير دور الضغوط الانفعاليه كعامل مهيئ للاصابه السيكوسوماتيه مثل ما سبقها من دراسات والاسلوب المتبع فى تلك الدراسه (المقابله الشخصيه) وحدها لدراسه التكيف الحالى لا تكفى لحسم دور الضغوط الانفعاليه . ولكن كان لا بد من الاستعانه بأدوات المنهج الكلينيكى المعروفه الأخرى . وفى هذه الدراسه اجريت المقابلات الشخصيه لـ (٢٣٧) حاله مريضه بالصداع النصفى بأنواعه المختلفه غير المجموعه الخاصه بالدراسه (المرضى بالصداع النصفى) فكان يجب على الباحثتان استخدام نفس العينه الخاصه بالدراسه حتى تستطيع تفسير ما توصلت اليه الدراسه الامبريقيه من درجات ودلالات احصائيه . وأوضحت تلك الدراسه التوازى بين الارتفاع فى درجات العصابيه والانفعاليه . وكذلك اكدت وجود السلوك العدوانى بين السيدات المريضات بالصداع النصفى . الا ان الاتجاه العدائى لم يكن واضحاً ، ويرجع ذلك للاداه كما سبق . وكان يجب على الباحثتين حسم دور العامل الوراثى كما سبق فى الدراسه السابقه حتى يستطيعوا تقرير دور المتغيرات السيكولوجيه وهى (خصائص

(الصداع بأنواعه) وقد تناولت الباحثتين العدائيه واتجاهها . رغم ان الاهداف لم تنص عليها كمتغير سيكولوجي له دوره في الاصابه بالمرض . وبالنسبه للمجموعه الضابطه (الاسوياء) فلم يذكر معيار السويه أو الادوات المستخدمه لتحديد درجه السواء .

(٢) دراسه انديرا وفينودا Indira & Venoda

في جامعه بانجالوري بالهند .

بعنوان : (ضوابط العدائيه في الامراض السيكوسوماتيه) .

الهدف: تهدف تلك الدراسه الي بحث العدائيه واتجاهها لدى عينه من المرضى السيكوسوماتيين .

العينه: تتكون عينه البحث من مجموعتين تجريبيتين :

* **المجموعه الاولى :** وتتكون من (٢٨) حاله ذكور واناث مرضى سيكوسوماتيين ينقسموا الي (٥) فئات تشخيصيه مختلفه وهي (٩) ربو صدرى (٦) قرحه معديه ، (٦) ضغط دم مرتفع ، (٤) أمراض جلديه نفسيه المنشأ .

(٣) اضطراب الغده الدرقيه : ومتوسط العمر الزمني (٣٩ر١٧) سنه ، وتم اختيارهم من مستويات اجتماعيه ـ اقتصاديه مختلفه (٢٥) من الحالات تم اختيارهم من قسم الطب النفسي بالمستشفى العام . (٣) من الحالات ايضا

الضابطه من حيث السن والجنس والحاله الاجتماعيه - والاقتصاديه ، والزواج .

* **المجموعه الثانيه** : وتتكون من (١٤) عصابى من الذكور والاناث أيضاً . ومتوسط العمر الزمنى (٢١ر٣٦) سنه . وتم الحصول على (١٠) منهم من نفس الأماكن السابقة التى اختيرت منها المجموعة السيكوسوماتيه . وينقسموا الى (٣) فئات تشخيصيه وهى (٦) اكتئاب عصابى ، (٦) قلق عصابى ، (٢) اضطرابات تحويليه . والمجموعه الضابطه تتكون من (١٤) حاله من الذكور والاناث أسويا ً ومتوسط العمر الزمنى لهم (٣٦) سنه . وتم اختيارهم من الطلاب.

الادوات: (١) اختبار المعاناه السيكوسوماتيه Psychosomatic Experience
- T -

(٢) اختبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) لقياس العدائيه والعدوانيه العامه على المستوى الظاهرى واتجاهاتها .

(٣) اختبار الاحباط المصور لروزنزويج (Picture Fru. Test) لقياس ردود الفعل والاستجابه للاحباط . أى مقياس العدائيه والعدوانيه على المستوى الكامن .

(٤) اختبار تفهم الموضوع (T.A .T) وتم تدريجه كميا (بالدرجات) على كل من العدائيه والشعور بالذنب . بالاضافه الى دراسه تاريخ الحاله.

وتم تطبيق الاختبارات السابقه فردياً . ابتداء باختبار بلانك للمعاناه السيكوسوماتيه ومنتهياً باختبار تفهم الموضوع . ثم دراسه تاريخ الحاله . وقد حصلت المجموعه

على درجات مرتفعه . بينما حصلت المجموعه العصابيه على درجات مرتفعه من الجزء الثاني الخاص بالتكيف النفسي المرضي ، وحصلت المجموعه السويه على درجات معتدله في الجزئين . ولذلك اعتبر هذا الاختبار تشخيصي للحالات .

النتائج :

١- حصلت المجموعه السيكوسوماتيه والمجموعه العصابيه على اختبار (HDHQ) على درجات عاليه ذات فروق داله احصائياً في درجات العقابيه العامه ومستوى الدلاله (١٠ر) ولكن المجموعه السيكوسوماتيه أكثر عقابيه داخليه بالمقارنه بالمجموعه السويه . وأكثر عقابيه داخليه عن المجموعه العصابيه أيضاً .

٢- لا يوجد فروق ذات دلاله احصائيه بيم المجموعات الثلاث على اختبار (P.F.T) بالنسبه لاتجاه العدائيه على المستوى الكامن ونمط رد الفعل . وكذلك لم يوجد فروق ذات دلالهٰ إحصائيه بين الفئات السيكوسوماتيه وبعضها .

٣- لا يوجد فروق ذات دلاله احصائيه بين درجات السيكوسوماتيين والعصابيين على اختبار تفهم الموضوع (لقياس الشعور بالذنب والعدائيه) .

٤- لا يوجد فروق ذات دلاله احصائيه بين المجموعه السيكوسوماتيه والعصابيه في نماذج الدرجات على اختبار (HDHQ) ما عدا الاختلاف في اتجاه العدائيه .

تعقيب :

تتميز هذه الدراسه باستخدامها لمجموعه من الاختبارات التي تقيس العدائيه على

المستوى الظاهر والكامن واتجاهها . الا انها فشلت فى تمييز المرضى السيكوسوماتيين عن العصابيين . وأظهرت الدراسه درجه عقابيه داخليه عاليه لدى المجموعه السيكوسوماتيه عنه لدى العصابيين رغم ان العينه العصابيه تشمل فئه الاكتئاب العصابى التى تعتبر أكثر عدائيه داخليه أوعقابيه داخليه . ولم يظهر فى الدراسه مدى الاستفاده من اختبار (P.F.T.) وكذلك فشل اختبار تفهم الموضوع فى التمييز بين العصابيين والسيكوسوماتيين بالنسبه للعدائيه والشعور بالذنب ولم تظهر النتائج مدى الاستفاده من دراسه تاريخ الحالات . لم توضح الدراسه الفروق بين الفئات السيكوسوماتيه المرضيه نظرا لاختلاف العرض فهى (٥) فئات مختلفه . وكذلك بالنسبه للمجموعهالعصابيه فهى فئات تشخيصيه مختلفه من حيث ديناميات العدائيه أو العدوانيه .

---

(٤) دراسه انديرا وفينودا Indira & Venoda

فى جامعه بانجالورى بالهند .

بعنوان : العدائيه كما تقاس بالتات والحالات السيكوسوماتيه .

الهدف: هو محاوله تقديم تقرير عن استخدام اختبار تفهم الموضوع (T.A.T.) كاداه لتقدير وقياس العدائيه للحالات السيكوسوماتيه .

العينه : هى نفسها عينه البحث السابق ولكن الهدف مختلف.

** وأجريت الباحثتان هذه الدرسه لما أظهرت نتائج الدراسه السابقه حول فشل اختبار.(T.A.T) فى قيأس العدائيه أو الشعور بالذنب لدى العصابيين

والسيكوسوماتيين . أو التمييز بينهما رغم ان المجموعتين متميزتين كلينيكيا .

** ولأن الدراسات حول استخدام اختبار تفهم الموضوع كأداه لتقدير العدوانيه والعدائيه متناقضه .

الادوات : (١) اختبار المعاناه السيكوسوماتيه لبلانك .

وقد حصلت المجموعه السيكوسوماتيه على درجه عاليه فى الجزء الأول الخاص بالتكيف الفسيولوجى المرضى . وحصلت المجموعه العصابيه على درجه عاليه فى الجزء الثانى الخاص بالتكيف النفسى المرضى ، وحصلت المجموعه السويه على درجات معتدله فى الجزئين .

(٢) استخبار : (HDHQ) وحصلت المجموعه العصابيه والسيكوسوماتيه على درجات عاليه وذات دلاله احصائيه بمقارنتها بالمجموعه السويه فى عاملى العقابيه العامه واتجاه العدائيه . ومستوى دلاله الفروق كان (٠١ر) .

(٣) وتم تطبيق اختبار تفهم الموضوع(الصور الهنديه له فرديا . ثم اعطاء درجات للقصص تبعاً لنظام (سين Caine) لقياس العدائيه . وذلك بعد الكلمات العدوانيه واحصائها . ومع ذلك فشل الاختبار فى التمييز بين المجموعتين المتميزتين أصلا .

واكدت الباحثتان على ضروره قيام دراسات مناسبه كثيره مع مجموعات كلينيكيه مختلفه قبل التقرير بعدم امكانيه تفهم الموضوع لاستخراج ثيمات (Themas) العدوانيه

تعقيـــــب :

تعتبر هذه الدراسه متممه للدراسه السابقه لنفس الباحثتان وتدور حول اختبار تفهم الموضوع وقدرته على استخراج ثيمات خاصه بالعدوانيه والعدائيه لدى المرضـــــى السيكوسوماتيين . ولقد تأكد لهما فشله في ذلك بعد اجراء تلك الدراسه.

----

(٥) دراسه لولاس وفـــون راد Lolas & Von Rad

بشيلـــى فى أمريكـا اللاتينيـــه

بعـــنوان : القلق والعدائيه لدى المرضى السيكوسوماتيين والعصابيين .

الهـدف : دراسه السلوك اللفظى ،وتحليل المحتوى اللفظى لألف كلمه من خـــلال المقابلات الشخصيه وتحليلها في بعدين هما القلق والعدائيه بعد استخدام المقياسين المختصين لقياس كل منهما .

العينـه : تتكون عينه البحث من (٤٠) مريض سيكوسوماتـــى ، (٤١) مريض عصابـــى وتمت المجانســه بينهما فى متغــيرات كثيره .

الادوات : اختبار القلق(Anxity Test) اختبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) والمقابلات الشخصيــه لجميع التعبيرات اللفظيــه .

النتائـــج :

تتجه العدائيه للداخل لدى المرضى السيكوسوماتيين وترتبط بقلق الشعـــور بالخـزى (Shame) وتتجه العدائيه للخارج فى المرضى العصابيين وترتبط بقلق

الشعـور بالذنـب (Guilt) .

وحصلت المجموعه السيكوسوماتيـه على درجـات عاليه فى العدائيه الموجهـه للداخل والقلق . وحصلت المجموعه العصابيه على درجات عاليه فى العدائيه الموجهـه للخارج . ولهذا قرر الباحثان امكانيه التنبؤ بنوع المجموعه المرضيه على اساس الدرجه على مقياس اتجاه العدائيـه (داخليـه أم خارجيـه) ودرجـه القلـق .

تعقـيب :

لـم يوضحـا الباحثان فى تلك الدراسه درجه العدائيه العامـه . بل اهتما باتجاه العدائيه فقط . ولو انهـما نجحا فى التمييز بين العصابـيين والسيكوسوماتـيين بالنسبه لاتجاه العدائيه . ولكن كان على الباحثين ان يستخدما مجموعه سويه ضابطـه لتوضيح الفروق . وأفادت المقابلات الشخصيه وجميع التعبيرات اللفظيـه للمجموعتين فى اظهار ميكانـيزم (الانكار) الذى تميزت بـه كلا المجموعتين رغم ما أظهـره اختبـار (HDHQ) لاتجاه العدائيـه

-- ---------- --

قياس العدوانيه والعدائيه

كثرت المقاييس والاستبيانات والقوائم الخاصه بقياس كل من العدوانيه والعدائيه وانقسمت الى نوعين من المقاييس وهي: الفنيات الاسقاطيه والاستبيانات والمقاييس وبعضها قام على اساس نظرى بعضها تم اشتقاقه من مقاييس أخرى بعد بعض المصطلحات الاحصائيه وسوف نقدم على سبيل المثال بعض هذه الادوات :-

أولا : الفنيات الاسقاطيه :-

تم الاعتماد على هذه الفنيات الاسقاطيه فى تحديد نوع واتجاه العدوانيه أو العدائيه وأيضاً البحث عن اسبابها بطريقه كيفيه ومن اشهرها اختبار الاحباط المصور لروزينويج واختبار تفهم الموضوع (T.A.T) واختبار بقع الحبر (الرورشاخ)

أ: اختبار الاحباط المصدر لروزينويج (R.P.F.T)

وهم لقياس نمطين من الاستجابات للاحباط وهما العقابيه الداخليه (I N) أو اتجاه العدوانيه للداخل والعقابيه الخارجيه (E X) اتجاه العدوانيه للعالم الخارجي وتم حساب الصدق والتركيز على مقياس العقابيه الخارجيه لقياس العدوانيه ويوجد تعارض بين نتائج الابحاث المستخدمه لهذا الاختبار . قام كل من (ميجارجي Megargee، ١٩٦٦) (ميركيروكيرازيس Mercer& Kyriqis، ١٩٦٢) بمقارنه الدرجات على مقياس العقابيه الخارجيه لكل من المساجين القتله والمساجين غير القتله ولم يتوصلوا الى فروق بين المجموعتين بينما وجد (ببرسون Pererson ١٩٦٢،)

ان المساجين القتله اعلى من المساجين غير القتله على مقياس للعقابيه الخارجيـــــه (E x) . ويعتبر المقياس محدد للعدوانيه بطريقه كيفيه اكثر منها كميــــــه

** دراســه (كيسوناروا وآخـرون فى المانيا ١٩٨١) .

- تم دراســه مرضين من الامراض السيكوسوماتيه بواسطــه اختبـار الاحبـاط (P F I) ويساعد هذا الاختبار فى كشف الاشكال والانماط المعقده للاجهاد والشده التى تعتبر عامل هام فى المنشأ المرضـى للعرض .

وتم تقسيم (٢٨١) فـرد الى المجموعات التاليـه :-

أ : السيكوسوماتيـون (فى المرحله العضويه) فى المرحلـه الوظيفيـه .

ب : العصابيــون ج : الاسوياء لمجموعه ضابطــه .

أوضحت النتائج ان نمط الاستجابه أو رد الفعـل بالنسبـه للسيكوسوماتيين علـــى اختبار الاحبـاط (P F T) لم يفرق بين المرضـى فى المراحل العضويـــــه أو الوظيفيــه أو العصابــيين مع الامراض السيكوسوماتيه . بالرغم من وجود بعـــــض العلامات الخاصـه أو الاشارات بالنسبـه للمرضى السيكوسوماتـيين فى المرحله العضويه.

واستنتج ان الاضطـراب فى نمـــط وتصـــــور الشخصيه لكل من العصابيين والسيكوسوماتين ليقــود الى اضطـراب فى توافـق الانا وتكاملهـــا وغير ملائـم أو كاف لفصــل ميكانيزمـــات الاجهـاد أو الشــده . (Stress)

ب: اختبار تفهم الموضـوع (T . A . T)

وتستخدم لتحديـد مستوى العدوانيه . ويقرر كثير من مستخدميه انه يصلح لتحديـــد

نوعيات من الافـراد المتميزين بالعنـف ، ولديـه الامكانيـه التميزيـه لبعض المسالك العدوانيه ويوجـد تعارض بين بعض نتائج الابحاث فوجـد (هاسكيل Haskcel ١٩٦١) ترابط بين الدرجات على اختبـار الـ (T A T) واستبيان للعدوانيـه . كما وجـد (ستـون Stone) فروقـاً فى المادة التى يعكسهـا الاختبار بين المساجين المتميزين بالعنـف وغيرهـم . ويرى (ميجارجى ، ١٩٧٠) ان اغلبيـه الدراسـات والابحـاث الـتى استخدمت اختبـار التـات اكدت على امكانييتـه فى التمييز بـين نوعيات مختلفه من العـدوان والعنـف واتجاهـه . وأشار الى ان الاختلاف يرجـع للعينات المستخدمه فى الدراسات المختلفه .

جـ : اختبار بقـع الحـبر (الرورشـاخ)

يعتمد قياس صـدق اختبار بقع الحـبر (الرورشاخ) كوسيله لقياس العدوانيه يعتمـد على النظام المحـدد لوضع الدرجات فوجـد (وولـف weolf) أنـه امكن التميز بـين المساجين القتلـه وغـير القتلـه باستخدام اختبار بقـع الحـبر بطريقـه اعطـاء درجات خاصه بالمحتوى . على الرغـم من ان طريقـه التدريـج الخاصـه بالشكل لم ينجـح فى التمـييز بين الفئتـين السابقتين ويقـرر (بـص Buss) ان نظام التدريج للرورشاخ علـى اساس الشكـل لا يعطـى انعكاس كامل لكل صـور العـدوان . وعلى الرغم من عدم انتشـار استخـدام الرورشاخ لقياس ابعاد العدوانيـه الا انـه أمكن تـميز المكون العدائـى باستخدامه الا أنـه لم يستطيـع تـميز العـدوان الكامن للشخصيـه ولا يعتـبر هـذا التمـيز النهائـى لمستوى العـدوانيـه ولكن يحتاج الى قياس آخـر أو وسـائل آخرى تركز بمباشـره على قياس العدوان .

ثانيا : الاستبيانات : Questionnaires

تعتبر الاستبيانات والمقاييس والقوائم من أكثر الوسائل العلميه لتقدير خصائص الشخصيه . ومن السهل تدريجها ومقارنتها مع غيرها من وسائل التقدير الاخرى . وتستخدم في مدى واسع للقياس بغرض تشخيصي كلينكي أو في اختبار مجموعات للاجراءات التجريبيه . وبعض الاستبينات تقيس العدوانيه أو العدائيه . وبعضها يقيس العدوانيه ضمناً للبعدين السابقين وتقسم الاستبيانات بناءا على طريقه بنائها الى ثلاثه انماط . مقاييس حدسيه وامبرايقيه ونظريه وذات اتساق وتماسك داخلي .

أولا : المقاييس In tuituvely developed Scale

وتعتبر المدخل الحدس هنا في اختيار البنود في البدايه لا يقوم على خلفيه نظريه والتي تقيس العدوانيه . ومعيار اختبار البنود هو الصدق . عن طريق تقديم مجموعه كبيره من البنود ثم تحكيمها من قبل متخصصين .

أ : قائمه ايوا للعدائيه The Iowa Hostility In ventory

قام بأعدادها (مولداوسكي ١٩٥٩) وتتكون من (٤٥) بنداً وتم حساب الصدق لها بطرق مختلفه باستخدام مجموعه من المرضى السيكاتربين . وتم تقدير الدرجات بمساعده المعالجين ومقارنتها بالتقدير الذاتي من جانب الحالات لكل

من العدائيه فى اتجاهيها نحو الذات والعالم الخارجى ووجد لها ارتباط عالى مع التقدير الذاتى للحالات أكثر منه مع المعالجين . كما اوجد لها (بص وآخرون) ارتباط مع كل ابعاد مقياس العدوانيه والعدائه لبص

ب : مقياس (كوك وميدلى للعدائيه)

The Cook and Medley Hastldy (H S)

تتكون هذه المقاييس من (٥٠) بنداً وهو يمثل جزء من بطاريه صممها كل من "كوك وميدلى ١٩٥٤) عن اتجاهات المعلمين . وتم ايجاد الصدق والثبات لهذه القائمه بطرق عده وقام (ميندلسون Mandelsohn ١٩٦٢) بمقارنه درجات أربع مجموعات من الذكور على مقياس العدائيه والعدوانيه فى اختبار (M M P I)

١- المجرمين الاشد عنفاً ٢- المجرمين معتدلى العنف

٣- المجرمين غير المتميزين بالعنف ٤- مجموعه غير اجراميه .

ونشلت هذه القائمه فى التمييز بين المجموعات الاربع . وقام (يوسف Youssef ١٩٦٨) بحساب الصدق التنبؤى لمقياس (M M P I) للعدائيه على عينه قوامها (١٢٠) طالب جامعى تم تقسيمهم الى مجموعتين مرتفعى العدائيه ومنخفضين العدائيه على مقياس (كوك وميدلى للعدائيه) وكذلك مقياس العدائيه الظاهره .

ج : مقياس العدائيه الظاهر The Manifest Hostility S. (MHS)

قام باعداده (سيجال Siegal ١٩٥٦) وتتكون من (٥٠) بنداً وقام (سيجال)

بحساب الصدق والثبات لدى طلاب الجامعه والعرضى من الذكور خارج المستشفى واستخدام اختبار الرورشاخ ومقياس (F) ووجد ارتباطدال مع مقياس (F) ولكنه ضعيف نظرا لأن كلا من المقياسين (M H S) ، (F) استبيانات بها تداخل وتشابه بين البنود : واستخدام هذا المقياس على مدى واسع . وقد استخدمه (سبدكا Spidka، ١٩٦١) فى دراسه افتراض الاحباط - عدوان ة واثبات ان زيادة الاحباط فى وسط مجموعه تراقبه بالاضافه الى وجوده ضمن مجموعه منخفضى المستوى الاجتماعى والاقتصادى وسوف يؤدى الى زياده العدائيه الظاهره عند لدى اغلبيه اعضاء الجماعه من نفس المستوى الاجتماعى والاقتصادى . ولم تظهر النتائج القدره التنبوئيه للمقياس . رغم وجود ارتباط بين هذا المقياس ومقياس المرغوبية الاجتماعيه لادواردمن قائمه التفضيل الشخصى .

ووجد (هاس Haas، ١٩٦٦) أن طلاب (السنه الاولى ة حصلوا على درجات على المقياس أعلى من طلاب السنه الثانيه .

ووجد كل من (روشينبام وستانبرس Rasenbaum& Stanners، ١٩٦١) أن الطلاب الذين تم تعريضهم للاشاره سجلوا درجات مرتفعه على مقياس (M H S) وأيضاً على بطاقات اختبار التات (T A T)

وقام (سيجل Siegeletal) بايجاد الصدق مع كل من اختبار الاحباط المصدر بعد تقسيم المقاييس الى مقياسين فرعيين هما العقابيه الداخليه والعقابيه

وقام كل من (ميلر ، سبيلكا وبرات Miller, Spilka' Pratt) بمقارنه عينات

من مرضى الفصام البرانويدى المتميزين بالعنف ومجموعه أخرى غير عنيفه . ولكن لم يتوصلوا الى فروق داله على درجات هذا المقياس على أى من المقياسين الفرعيين .

د : مقياس العدائيه لساراسون

Saراson Hostility Scale . SHS)

صمم هذا المقياس (ساراسون ، ١٩٥٨) ويتكون من (١٨٠) بنداً فى صورته الاوليه . وكثيرا منها مشتق من اختبار (M.M P I) ، ٢٩ بنداً منها تخص العدائيه والغضب فى مواقف كثيره . وأجريت عليه دراسات للصدق .

هـ : استبيان جرين واستاكي للعدائيه والعدوان :

The Green ' Stacey Aggressein and Hostility-Questionnair

صمم هذا الاستبيان (جرين واستاكى ، ١٩٧٠) ويتكون من قياسين أ ، ب متكافئان ويتكون من (٦٠) بنداً وتم تطبيقه على (١١٧) فرد . وآجرى له تحليلا عامليين الا انه لم يظهر التفريق بين العدائيه والعدوان كعاملين مستقلين . ولكنه ينظم مدى واسع من السلوكيات والاتجاهات العدائيه والعدوانيه ولا يستخدم لقياس كل منها مستقلا عن الآخر .

- تقييم المقاييس الحد سيه :

وجه لهذه الفئه من المقاييس مجموعه من الانتقادات ومنها انتقادات (جود ستين ولانيون Lasyon &Goodstein ١٩٧١) ويعترض على هذه المسلمه وتقوم على مسلمات ثلاث هى :

١ - الحالات التى تطبق هذه الاستبيانات يقدرون انفسهم بمفهوم بنود الاستبيان

الاتجاه السيكودينامـي فـى فهـم الشخصيـه.

٢- الحالات تجيب بطريقه صادقه وحقيقيـه.

٣- معانى البنود واضحـه وليس بهـا غمـوض.

ولكن هذا الوضوح يختلف من فرد لآخـر .

ثانيا : المقاييس الامبريقيـــه : Empirically Developed Scales

تقوم فكره هذه المقاييس على اختبار مجموعه من المثيرات المحدده واختبار امكانياتها في التميز بين المجموعات المحدده . وفي حاله دراسه العدائيه والعدوانيه تؤخـذ المعايـير من تقديـرات الملاحظـه أو من السلوك الاعتدائي العنيف ومن هذه المقاييس

أ : مقاييس "اسكولتـز" للعدائيه والعدوانيه :

Schultz, hostility and Aggression Seiles

ويتكون من (٥٥) بنـدا وتم تصميمه من تطبيق اختبـار M M-P I على (١١٩) من الذكور المرضـى النفسيين وتم وضع درجات لهم بناء على معايير خمسه وهـى :

١- درجه تكرار أو تواجـد العـدوان الكامـن .

٢- شده ومدى الاندفاعات العدوانيه قبل التعـبير عنهـا .

٣- اتجاه العـــدوان .

٤- طريقه التعامل مع العدائيه أو صور وجودهـا .

٥- تكرار العـدوان الظاهـر .

وتم تقسـيم البنـود (٥٥) بندا الى ثلاث مقاييس العدوان الظاهـر ،العدوان الكامن وضبط العدائيـه .

ب : مقياس زاكـــى و ولتـير للعداتيـه :-

The Zaksand welters AggressiVeness Scale

وتنقسم بنود المقياس كالآتـــى :

١- بنود لاظهـار مستوى العـدوان الظاهـر .

٢- بنود لاظهـار اتجاه العــــدوان ،

٣- بنود لتقدير أسباب العدوان ظهوره أو كمونـه .

ويتكون من (٣٣) بنـداً موزعـه كما سبق . وأوضحـت الدراسات لهـذا المقياس أنـه يمكننا التمييز بين السلوك التوكيدى والسلوك العدوانـى ويتميز بثبـات وصـدق مقبـول .

ثالثا : المقاييس المبنيـه على خلفيـه نظريـه :-

هـذه المجموعـه من المقاييس محتوياتها أختيرت بناء على نظريات نفسيه محـدده وتم اختيار البنود الخاصـه بهـذه النظريـه واستيراتيجياتها ومنها المقاييس الثلاثـه الآتيـه :

أ : مقياس الحاجـه للعـدوان (N A S)

ب : استبيـان العدائيه واتجاهها (H D H Q)

جـ- قائمـه بص - د بركـى (B-D.I)

١- مقياس الحاجـه للعـدوان (N A S)

ويتكون من (٩) بنود من قائمـه التفضيل الشخصى لادوار دز والتى صممت لقيـاس

السلوك العدوانى اللفظى مثل النقد والمجادلـه ووصفت تلك القائمه على الاساس النظرى لنظام (موراى) للحاجات لنظريه عامه فى الشخصيه وليست خاصه بالسلوك العدوانى فقط . ووضعت بنود القائمه فى ازواج ويختار الفرد واحد من هذه الأزواج .

٢- استخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ)

The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire

صمم استخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) لكى يشمل مجموعه كبيره نسبيا للمظاهر أو الاشكال الممكنه للعدوانيه أو العدائيه أو العقابيه . صمم هذا المقياس تبعاً لنظريه (فولدز Foulds ، ١٩٦٥).

فى العقابيه . حيث انه لم يفرق بين العدوانيه Aggressiveness والعدائيه Hostility واعتبروها دافعاً واحداً (Unitary Drive) وهو يرد هذا الدافع الى العقابيه (Puntiveness) ويأخذ هذا الدافع شكلين رئيسيين هما العقابيه المتجهه للداخل (Intropunitiveness) والعقابيه المتجه للخارج (Ectro puniti veness) ويتكون الاستخبار من (٥) مقاييس فرعيه . ومنها مقياسين لقياس العقابيه المتجهه للداخل (الموجبه) وهما

الشعور بالذنب الهذائى (Delusional Guilt) ونقد الذات Selfcriticism

اما المقاييس الثلاثه الفرعيه الآخرى وهى نقد الآخرين Criticism of Others

والعدائيه الصريحه (Actind out Hos-tility) ، والعدائيه الهذائيه المسقطه (Projected Delusional-Hostility) لقياس العقابيه الخارجيه . ويمثل مجموع هذه المقاييس الفرعيه الخمسه العدائيه العامه (General Hostility) ويستخدم هذه الاستخبار لقياس العدائيه واتجاهها (العقابيه)

(محمد عبد الظاهر الطيب ١٩٨٤، ص ٣)

وقد صممه كل من (فولدز ، كين وهب Foulds, Caine& Hop ١٩٦٧) وتام بتعريبه واعداده (محمد عبد الظاهر الطيب) .

وتعرف العدائيه فى هذا المقياس بأنها سلوك أو اتجاه يقصد به ايذاء الآخرين أو ايذاء الذات وهى تأخذ صور متعدده هى العدائيه الصريحه ونقد الآخرين والعدائيه الهذائيه المسقطه ونقد الذات والشعور بالذنب (محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨٥ ، ص ٦١٦) أى انها تكوين فرضى من الدافع لممارسه الانماط والصور السابقه . وهى الدرجه الكليه التى يحصل عليها الفرد بناء على حاصل جمع درجاته على المقاييس الخمس الفرعيه التى يشملها المقياس .

ويستطيع الاستخبار التمييز بين الفئات المرضيه المختلفه من الذهانيين والعصابيين كما يميزهم عن الاسوياء . كما يمكن استخدامه كلينيكيا عن طريق تسجيل درجات الحاله على المقاييس الخمس الفرعيه لتعين الباحث فى تفسير درجات الحاله على كل من الدرجه فى العقابيه الداخليه أو الخارجيه . ويمكن حساب اتجاه العدائيه عن طريق هذه المعادله :

اتجاه العدائيـه : = (٢×نقد الذات + الشعور بالذنب) - (نقد الآخريـن + العدائيه الصريحه + العدائيه الهزائيه المستطه)

وتم حساب الصدق والثبات بطرق مختلفـه .

٢- قائمه بصديركى The Buss - Durkee Inventory

قاما " بصود بركى) باعداد قائمه لمختلف صور السلوك العدوانى وتم توزيعهـا بناء على ثلاثه اتجاهـات :

أولا : طبقاً للعضو المستخدم : (جسـدى فى مقابل اللفظـى)

مثل الاعتداء البدنى على كائن آخر بواسطه اعضاء الجسم أو الاسلحه أو الآلات والأدوات فى مقابل اللفظى مثل الالفاظ غير المرغوبه الموجهه لفرد آخر أو التهديد أو الرفـض

ثانيا : طبقاً للعلاقات الشخصيـه :

- مباشـره : مثل الهجوم أو الاعتداء او الرفض أو التهديـد .

- غير مباشـر : مثل نشـر الشائعـات أو تشويه صفات وأفعـال الآخرين .

ثالثا : طبقاً لدرجه النشاط :

- تنشيط : وهـذا يتضمن كل السلوكيات السابقـه .

- كامـن : ويتمثل فى منع الآخريـن من الوصول الى اهدافهـم .

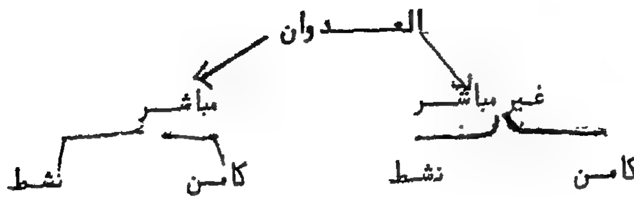
والعدوانيه الكامنه عاده ما تكون مباشـره ولكنهـا احياناً تكون غير مباشره مثـل الاعتصام .

ومعظم اشكال العدوانيه موضحه في الشكل التخطيطي الآتي الذى اقترحـــــه (بص)

العدائيه (H O)

-الاستياء (الغيظ)

-الشك



منع الآخرين من الوصول الى اهدافهم — العدوان غير المباشر — السلبيه — العدوان اللفظي

ويتكون القائمه من المقاييس الفرعيه الآتيه (نشر الشائعات)

١- العنف والاعتداء الجسدى على الآخرين

٢- العدوان غير المباشر : مثل نشر الشائعات الخبيثه واطلاق النكات . والاتيان بأفعال تؤدى الى نوبات من الغضب للطرف الآخر .

٣- حده الطبع (التهييج) .

الاستعداد للغضب السريع ويتضمن سرعه الانفعال والبدائيه .

٤- السلبيه : سلوك مضاد ويعنى الرفض وعدم الرغبه في المشاركه وابداء الرأى .

٥- اليقظه : (الاستياء) ٦- الشك : وهو اسقاط العدوان على الاخرين

٧- العدوان اللفظي .

واقترح (بص) ان الاستجابات العدوانيه يمكن تقسيمها فى عده مجموعات

وانها ترتبط ارتباطاً موجباً . والارتباط الموجب دلل عليه كل من (الوشاس

Lovas ١٩٦١ (جنيرى Gemtry ١٩٧٠)

وتتبع نظام بص ـ دركى اختبار السلوك العدوانى للاطفال . الذى قمت

بتصميمه واعداده وتقنينه على الأطفال .

مقياس السلوك العدوانى للاطفـــال :

تعتبر مرحله الطفوله أهـم مرحله من مراحل نمو الانسان من حيث تأثير المحيطين بالاطفال ودور التنشئه الاجتماعيه والبيئه فى تكوين السمات الرئيسيه ولأطر الاساسيه فى شخصيات الاطفال . واذا حدث هناك اختلاف ما فى الظروف الأسريه للطفل كانت هذه نتائج سلبيه على حياته فيما بعد .

والاتجاهات الحديثه الآن هى دراسه التغييرات النفسيه من وجهه نظر الطفل أكثر فائده من دراستها من وجهه نظر المحيطين به وخصوصاً فى الطفوله المتأخره واذا رجعنا الى تفسيرات حدوث السلوك العدوانى من وجهه نظر اجتماعيه فان السلوك العدوانى مكتسب وبيئى مثل نظريه (باندورة Bandra ،١٩٧٣) ونظريه الاحباط يولد العدوان (دولارد وميلر Doilard & Miller ،١٩٣٩) ايضاً . غير ان كلا النظريتان ممثلتان فى هذه المجموعه وايضاً بعض العوامل الاقتصاديه والتشريطيه يمكنها جعل هؤلاء الاطفال عدوانيين وهذا بالاضافه الى النظريات مثل (فرويد ولورنز) اللذان اعتبرا السلوك العدوانى غريزى وقد اعترض على تفسير السلوك طبقاً لوجهه النظر السابقه كل من (بص Buss ، ١٩٦٦) ، بيركيوتير Berkowitiz ١٩٦٥) ويرى (ايزنك Eysenck ،١٩٧٧) امكانيه دراسه السلوك العدوانى وفقاً لتدرج هذا السلوك ويتم وضع العدوان على متصل ثنائى القطب يمثل العدوان قطب مثل بقيه العوامل والسمات الانفعاليه الشخصيه والقطب الاخر

الانسحاب والحياء والخجل وتفاوت الافراد فى الدرجه على هذا المتصل وأيضاً نظريه (فولدس Foulds، ١٩٦٥) الذىاعتبر العدوانيه والعدائيه دافع واحد أطلق عليه العتابيه العامه . قسم سيرس Sears، ١٩٦١) السلوك العدوانى الى ثلاث صور وهى عدوان مباشر مادى وعدوان لفظى وعدوان غير مباشر يتم التعبير عنه بصور آخرى اسقاطيه أو حيل دفاعيه ولا يمكن تصنيفه مع السلوك اللفظى أو المادى .

الدراسات السابقه :

وكثرت الدراسات حول السلوك العدوانى وعلاقته ببعض المتغيرات الآخرى أو السلوك العدوانى بوجه عام ولكن تصنيف الدراسات السابقه كتالتالى :

أولاً : دراسات عن السلوك العدوانى لدى الاطفال من الجنسين وعلاقته بمتغير آخر مثل دراسه (ليسير Lesser، ١٩٧٦) عن العلاقه بين القلق واستجابات الاطفال نحو العدوان . أجراها على تلاميذ المرحله الابتدائيه للبنين والبنات وأظهرت النتائج ان القلق الدراسى يزيد من مستوى السلوك العدوانى لدىالاطفال وأيضاً السلوك التوترى والتردد ودراسه (ليفيون مليكيانوحسين الدرينى، ١٩٨٣) عن بعض مظاهر السلوك العدوانى لطلبه المرحله الثانويه والاعدايه بالدوحه . وتم تصنيف المظاهر العدوانيه تبعاً للسلوكيات المدرسيه للتلاميذ فقط من وجهه نظر المدرسيين والمشرفين الاجتماعيين.

وفى دراسه (فيولا البيلاوى، ١٩٨٨) عن لتحليل المشكلات السلوكيه لتحديد المشكلات الاكثر شيوعاً . وبعد اجراء التحليل العاملى أظهرت الدراسه سبعه عوامل ،العامل الاول منها مشكلات السلوك العدوانى .

ودراسه آخرى قامت بها (عفاف محمد عبد المنعم ، ١٩٩١) عن المشكلات السلوكيه للمتخلفين عقلياً . وتوصلت الباحثه الى ان اولى المشكلات من ناحيه الترتيب هى مشكلـه السلوك العدوانى . وبذلك تؤكد هذه الدراسه ودراسه (فيولاالببلاوى) على مدى انتشار السلوك العدوانى وبروزه فى مقدمه مشكلات الاطفال فى كل الفئـات .

ثانيـا : دراسات حول الفروق بين الجنسين فى السلوك العدوانى أو العدوانيه نفسها من تناول جانب محدد من العدوان أو مظهر من مظاهر السلوك العدوانى وبعضها تناول العدوانيه أو العدائيه بصفه عامه ومن امثله تلك الدراسات دراسه (آن فرادى وجاكلين Ann Fradi & Jacqulin ١٩٧٧) قاما بمسح شامل لجميع الدراساتالتى اشتملت على اما العدائيه العامهأو مظهر من مظاهر السلوك العدوانى فوجد انها تمثل (٦١٪ من ٧٢ دراسه) ولم يظهر ان الرجال اكثر عدوانيه من السيدات . وفى دراسه آخرى لنفس الباحثان وجد ان اكثر من (٨٠٪) من الدراسات لم تصل فيها الفروق الى الدلالـه التى تقرر ان النساء دائماً أقل عدوانيه من الرجال ووجد ان (٥٤٪) من الدراسـات حول السلوك العدوانى اهتمت بدراسهالسلوك العدوانى لدى الرجال فقط ، (٢٤٪ للجنسين) ، (٨٪) للنساء فقط ، (١٤٪) من الدراسات لم تهتم بعامل الجنس .

واكد (باندوره ، ١٩٧٣) على ان ظهور السلوك العدوانى لدى السيـدات أقل من الرجال ويرجع الى ان السيدات يملن الى كف الميول العدوانيه بوسائل دفاعيه ويحاربـن من أجل عدم ظهورهـا .

ودراسة (هاتسوزوكا ، وماكيكي وأوجوش ، يوشي Hatsuzuk, Makaki & Ogushi Yoichi ١٩٩١) فى اليابان بمركز دراسات المرأه عن الفروق بين المراهقين والمراهقات فى العدوانيه واتجاهها باستخدام اختبار الاحباط (لروزنزويج RPFS) لتحديد العدوانيه الداخليه وقائمه (يوتابي جيلفورد للشخصيه Y.G.I) وأوضحت تلك الدراسه ان المراهقين الذكور وجدت لديهم عدائيه خارجيه وداخليه عاليـــــه . والمراهقات حصلن على درجات منخفضه . وأعزوا ذلك الى تعبير الاناث عن العدائيه بطريقة غير واضحه ومعقده فوجد ان العدائيه الداخليه لدى بعض الاناث يتم كبتها ولا تظهر والبعض يعبر عنها بأسلوب غير واضح ولا تظهر سواء بالاسلوب السيكومترى أو الاسقاطى .

وفى دراسه قام بها كل من (جون أركرويكاربن ويستمان John Archer & Karin Westeman ١٩٨٧) على مجموعه من اطفال المدارس الابتدائيه من عمر (٦ - ١١ سنه) ولم تتعرض الدراسه للسلوك العدوانى غير المباشر وأظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين عند ٦ سنوات وأظهرت الدافع للعدوان عند كلا الجنسين فى السن . وأجريت الدراسه داخل الفصول الداسيه . وأظهرت ان الاختلاف بين الجنسين فى صور السلوك العدوانى فى عمر ١١ سنه وليس فى الدافع للعدوان . والعدوان اللفظى لدى البنات أعلى منه عند البنين والعدوان المباشر المادى عند البنين أعلى منه لدى البنات والفروق داله احصائياً . وعن اتجاه السلوك العدوانى بين الجنسين فوجدوا ان السلوك العدوانى عمر ١١ سنه يتجه نحو نفس الجنس من البنين أو البنات ولم يتجه للجنس المخالــف .

وفى دراسه (هاريس وسامبروت Harris & Samerotte ١٩٧٥) عن العدوانيه اللفظيه لدى حالات أو افراد يتطلب عملهم التعامل مع افراد المجتمع المختلفه وتمت الدراسه على البائعين والبائعات فى المحال التجاريه . وتم سؤالهم عن اشياء لشرائها وتم تسجيل طريقه الرفض أو الاستجابه لاستفسارات الافراد عن المشتريات نوجد ان الرجال اكثر عدوانيه لفظيه من السيدات وهذا يختلف عن كثير من الدراسات التي أظهرت ان البنات أكثرعدوانيه لفظيه مثل دراسه (باردويك Barduik ١٩٧١) التى اظهرت ان البنات اكثر عدوانيه لفظيه والبنين اكثر ماديه . وتؤكد هذه الدراسه أيضاً على ان الفروق بين البنين والبنات فى السلوك العدوانى يظهر فى شكل أو صوره العدوان كما وضح ذلك (جون أكروكاريه ويستمان) التى سبق شرحها . وأكدوا أيضاً على ان الدافع للعدوان لدى الجنسين واحد ولكن الفرق فى صورة العدوان .

تحديد المصطلحات :

السلوك العدوانى Aggressive behaviour

هجوم أو فعل محدد ان يمكن ان يتخذا أيه صوره من الهجوم المادى والجسدى فى طرف والهجوم اللفظى فى الطرف الآخر وهذا السلوك يمكن ان يتخذ ضد أى شئ أو شخص بما فى ذلك ذات الشخص وأحيانا يكون سلوكاً ظاهرياً مباشراً محدداً وواضحاً واحيانا آخرى يكون التعبير عنه بطريقه اما اسقاطيه علىالآخرين أو البيئه من حوله .

أ : السلوك العدواني المباشر Direct aggressive behaviour

ويقصد به توقيع الأذى أو الضرر بالاخرين أو بالذات ويتم التعبير عنه بطريقه مباشره وواضحه وتشمل العدوان المادي Physicalaggressive ويتم التعبير عنه بطريقه مباشره وواضحه .

ب : السلوك العدواني اللفظي : Aggressive behaviour

ويقصد به الاستجابه اللفظيه التى تحمل الايذاء النفسي والاجتماعي للخصم أو للمجموعه وجرح مشاعرهم أو التهكم بسخريه منهم ويشمل كل التعبيرات اللفظيه غير المرغوبه اجتماعياً وخلقياً (فولدس Foulds ١٩٥٦) .

جـ : السلوك العدواني غير المباشر Indirect aggressive behaviour

هو سلوك عدواني معبر عنه بطريقه صريحه وواضحه ويعبر عنه بطريقه اسقاطيه على الذات أو الاخرين أو ضمنيه تخيليه ويتضمن مسالك المخادعه والكره والوقيعة (سيرز Sears ١٩٦١)

خطوات إعداد الاختبار :

بعد الاطلاع على الكثير من الكتابات الخاصه بالعدوانيه والعدائيه ومقاييسها المعربة والأجنبيه لم أجد فى أى منها جميع صور السلوك العدواني للأطفال ومنها نظريه (فولدس Foulds ١٩٦٩) الذى اعتبر كلا من العدوانيه دافع واحد أطلق عليه العقابيه العامه (G.P) وهذا المصطلح مستهار من افكار (روزنزويج Rosenzweig ١٩٣٤) وتم بناء على ذلك تصميم استخبار العدائيه

واتجاهها (H.D .. H.Q) وهذا الاستخبار يصلح للراشدين وخصوصاً للحالات المرضيه ولا يصلح للأطفال وتننه (محمد الطيب ، ١٩٨٤)

وقائمه بص د بركى Buss Durkee ، ١٩٥٧) للعدوانيه اشتملت على صور مختلفه للسوك العدواني . وتم تقسيم صور العدوان بها طبقاً للأسلوب المستخدم في التعبير عن العدوان وأيضاً لا تصلح للأطفال .

وهناك الكثير من القوائم والاختبارات الخاصه بقياس العدوانيه الظاهره أو الكامنه أو احداهما فقط وقد أكد (سيرس Sears ، ١٩٦١) ان اصطلاح العدوانيه المباشر يشمل كل صور العدوان الواضح التي يقصد بها ايذاء الآخرين أو البيئه المحيطه أو الذات والعدوانيه اللفظيه توضح المتعبير عن العدوان بصوره لفظيه والقسم الثالث وهو العدوانيه غير المباشره وهذا يشمل ويتضمن كل صور التعبير العدواني غير الظاهره أو الظاهره ولا يمكن تصنيفها تحت اللفظيه أو الماديه .

ويتكون الاختبار من الاقسام الثلاثه الآتيه :-

القسم الاول : السلوك العدواني المباشر المادى .

القسم الثاني : السلوك العدواني اللفظي .

القسم الثالث : السلوك العدواني غير المباشر .

وتم استبعاد العبارات التي لم تلقى اتفاق عليها . وأيضاً طلبت مراجعه تصنيف العبارات تحت الأقسام الثلاثه فالمقياس الاول الخاص بالسلوك العدواني المادى

كان اكثر العبارات عدداً (٢٠ عباره) وتم حذف بعض العبارات وتحويلها الى السلوك العدواني غير المباشر حتى وصل عدد العبارات بهذا المقياس الى ١٤ عباره ومقياس السلوك العدواني اللفظي كان عدد العبارات به (١٧) عبارة وتم حذف عبارتين منها والعباره الثالثه تم تحويلها الى مقياس السلوك العدواني غير المباشر . وبذلك وصل عدد العبارات على كل مقياس (١٤) فقره وتم استخراج معاييره وتم حساب الصدق والثبات بطرق عده وتم نشره .

* منشور في مكتبه الانجلو المصريه .

العدوانيه لدى كل من الرجل والمـرأه

شاع دائما افتراض مؤداه أن الرجال دائما أكثر عدوانيه جسديه وماديه عن الاناث والسيدات والأناث يزيحون العدوانيه الى صور غير مباشره أخرى بدلا من التعبير الصريح عنها وكل من الرجال والنساء يتفاعل وله رد فعل للسلوك العدواني ولكن الاختلاف في الاستجابه وليس في مصدر السلوك العدواني وأحياناً بعض العلماء يعزيها الى دور الجنس وتظهر الفروق الجسديه بين كلا الجنسين في الاستجابه للعدوان الخارجي بينما الرجال يثورون ويغضبون ويثير العدوان الجسدى واللفظي لدى النساء القلق والغضب .

وسنوضح هنا الآراء في مظاهر السلوك العدواني بين الجنسين .

أظهر العديد من الباحثين الاختلاف في حجم العدوان الجسدى (المادى) لصالح الرجال أمثال (ايرون و حسمان ولبينيون) .

١٩٧٧ Erom, Huesman, Lefkoueits & Malder

ويتميز الرجال بزياده العنف .

ورغم ذلك يعرف أن النساء لديهن خاصيه القدره على سكون العدوان على سبيل المثال تتساوى السيدات مع أزواجهن في أمريكا في حوادث العنف المرتبطه بالاسره .

وهناك دراسات أظهرت أن النساء أكثر اساءه للأطفال من الرجال (جيلس

Gells ١٩٧٣م)

وعلاوه على ذلك ارتفاع نسبه حدوث حوادث العنف بين النساء الأصغر في السن ولكنها لم تصل الى مستوى المشكله (فوبلت وبسبوركارت No Beilit& Burcart ١٩٧٦م) ولكن الادوار الخاصه بالمرأه تغيرت في الكثير من المجتمعات ويتبع السلوك العدواني ثوره واشاره للغضب لدى النساء .

وهناك دليل آخر على ان النساء لديهن عدائيه وعدوانيه مباشره مثل الرجال وبالبحث في التراث السيكولوجي في (٧٢) دراسه مشتمله على مقاييس لصور وأشكال

السلوك العدوانى وأيضاً على مقاييس للعدائيه العامه وجدا ان (٦١٪) لم يظهر ارتفاع العدوانيه فى كل الحالات لدى الرجال عنه لدى السيدات ويفترض معظم الباحثين فى البدايه دائماً ان الرجال أكثر عدوانيه من السيدات مما يؤثر على تأويله لنتائجه وخصوصا اذا كان البحث قائم على البحث فى الديناميات ويستخدم السيكولوجيون الرجال كعينه للأبحاث فى ابحاثهم بأعدا كبيره أكثر من النساء ففى (٣١٤) دراسه تجريبيه اهتمت (٥٤٪) منها بالرجال فقط ، (٢٤٪) منها بالجنسين ، (١٨٪) بالنساء فقط ، (١٤٪) غير مميزه لنوع الجنس . أو لم تحلل الفروق الجنسيه .

وقد جمع (مككسينيا وبنتلسبير ١٩٧٣) مجموعه من الدراسات اهتمت بالانماط السلوكيه والأدوار الخاصه بالسيدات فى تحليل النتائج أكثر من الرجال ، وفى (٣٣) دراسه وجد (٢٧٪) للرجال فقط ، (٢٧٪) للجنسين ، (٣٣٪) للسيدات فقط ، (١٢٪) لم تهتم بأثر الجنس ومعظم حالات النساء ، التى تم التطبيق عليها يقومن بأدوار اجتماعيه وأنماط أنثويه تحقق الجاذبيه الاجتماعيه وبين الشخصيه مثل البائعات فى دراسه (مككسنميا) .

والمظهر السلوكى العدوانى عند كل من الرجال والنساء يرجع للتفاعل بين مجموعه عوامل . والاختلاف يرجع للديناميات المسئوله عن ظهور صوره العدوان .

تعريف العدوان :-

أشهر وأوضح تعريف للعدوان هو تعريف (بركوتيز Berkowits) هو السلوك الذى يقصد به ايذاء شخص أو موضوع . والعنف هو حاله انتقاليه مستنتجه من التعرض للاحباط وبالتالى يخلق الاحباط الاستعداد للأفعال العدوانيه والدراسات السابقة فى مجملها وصف للعدوانيه الجسديه (الماديه) فى مقابل

اللفظيه والمباشره فى مقابل غير المباشـــره .

والعدوان المادى : هو أى استجابه تؤدى أو تنوى الضرر المادى والجسدى أو الألم الجسدى في الضحيه أو تدمير موضوع ما . والاستجابه الجسديه أخذت الاهتمام
والعدوان اللفظى حدد بأنه الاستجابه اللفظيه يقصد بها الايذاء النفسى الاجتماعى لفرد آخر أو ايذاء المشاعر أو تقيمه بطريقه سلبيه فى آدائه أو اهانته وقد يتسبب فى فقده لوظيفته أو عدم حصوله على جائزه محدده .

والمفروض ان يتضمن السلوك العدوانى التخييلات العدوانيه لكل من السلوك العدوانى اللفظى والجسدى فى قوائم قياس السلوك العدوانى . والتفريق بين العدوان المباشر وغير المباشر سواء أكان لفظيا أو جسديا أ ماديا اذا تم التعبير عن وجها لوجه أم بطريقه غير مباشره مثل التقييم السلبى للاشخاص المعتدى عليهم من شخص آخر أو عقاب أدبى أو نقد للآخرين والبعض اطلق عليه عدوان insitutional اجتماعى أو مؤتفى
ولكن يفضل استخدام عدوان غير مباشر .

الحاله المزاجيه للاستجابه :- Modeof Response

اهتمت اغلب التحديات للفروق الجنسيه فى السلوك العدوانى بالمزاج المصاحب والسابق المتاح للاستجابه للحالات فى مواقف خاصه ويقرر (بص Buss) أنه لاحظ ذلك فى العدوان الجسدى وليس فى اللفظى . واذا قرأ التراث السيكولوجى بعنايه فى دراسات السلوك العدوانى للأطفال وجد ان بدايه المسالك العدوانيه وظهورها ترجع الى المزاج العدوانى أكثر من الواقع للعدوان مع الاولاد . ويظهر لديهم استعداد للعدوان الجسدى أكثر من البنات ويعزى (باندورا) ذلك بصفه

اساسيه الي الفروق الاجتماعيه في المسموحات لكل جنس من السلوكيات وعلى العكس من ذلك قرر (ماكوبي ، وجاكلين Maccoby & Jakl in ١٩٧٤م) ان ما يقرره باندورا لا يدعم بالادله .

وان دراسات (ماكوبي ، وجاكلين) كانت على الراشدين فقط .

تفضيل الاستجابه Response Preference

ليس هناك نظريه أو مدخل منهجي تتبع دراسه نمط الاستجابه المفضل للعدوانيه أو لاثاره العدوان لدى الراشدين ، وتميل النساء مثلا الى العدوانيه اللفظيه والاجتماعيه على الرغم من ان العديد من الدراسات اهتمت بذلك لدى الجنسين . ووجد كل من باند و وجونسون) ان الرجال أكثر عدوانيه من السيدات عند اثارتهم . ودرس (هاريس Harris ١٩٧٤٠) رد الفعل لمجوعه من السيدات تتساوى مع مجموعه الرجال يقفون في طابور واحد في محاوله طلب واحد (مثل شراء بعض الاحتياجات) ووجد ان السلوك العدواني اللفظي يتساوى لدى المجموعتين ولكن السلوك العدواني اللفظي لدى الرجال أقوى منه لدى السيدات .

وفي دراسه (هيدريك Hedreik) ومن العديد من الدراسات السابقه يتضح ان النساء الغاضبات يملن الى العدوان الجسدي (الفيزيقي) أكثر من الرجال . ويكون اكثر عدوانا لفظيا من الرجال الغاضبين . ويرجع ذلك الى ان الغضب يولد لديهن الخوف والعدوان أكثر من الرجال ، ونقدم هنا أنماط الاستجابه لمحاوله للوصول الى تقييم أكثر دقه .

العدوان المادي المباشر للحالات الغاضبه :-

يوجد بعض الدراسات البسيطه التي أثبتت وجود فروق داله بين الجنسين باستخدام الحالات الغاضبه , جابلين . ١٩٧٣م)

سجلت فروقاً بين الجنسيين ومعظم الدراسات من هذه الفئه لم تتوصل الى فروق رغم استخدامها لمجموعه ضابطه غيرنماطيه . ولم يظهر منها فروق بين الرجال الغاضبين والسيدات الغاضبات .

العدوان المادى المباشر للحالات غير الغاضبة

أظهرت الدراسات من هذا النوع (٩ دراسات) وجود فروق أساسيه وأظهرت (٥ دراسات) وجود تأثير للجنس فى حاله واحده (جنترى Gentry ١٩٧٢م والدليل على تفضيل الاستجابه أن ظهور الفروق الجنسيه تظهر فى السلوك العدوانى واضحه اذا تيسرت وجها لوجهه . وفى دراسات ثلاث ظهر ذلك ودراستين لم يظهر فروق بين الجنسين .

العدوان اللفظى المباشر للحالات الغاضبه .

أظهرت أقل من نصف الدراسات على العدوان اللفظى أو العدوان الرمزى الذى يستخدم الحالات الغاضبه أظهرت فروقاً جنسيه وبعض الدراسات الآخرى بل أغلبها رغم استخدامها لمجموعات ضابطه لم تظهر فروق .

العدوان اللفظى المباشر للحالات غير الغاضبه :

يوجد دراسه واحده قام بها (هاريس وساميروت) لقياس العدوان اللفظى وآداء التعبير العدوانى بين الحالات غير الغاضبه ووجد الرجال أكثر عدوانيه من السيدات على السلوك العدوانى اللفظى .

العدوان اللفظى غير المباشر للحالات الغاضبه :

فى الكثير من الدراسات ظهر أن الرجال أكثر عدوانيه من النسآء رغم ان هذه

الدراسات لم تشمل العدوان الجسدى (المادى) ورغم أن هناك عديد من الدراسات لم تثبت ان الرجال أكثر عدوانيه من النساء .

وبالاضافه الى ذلك يوجد (٥ دراسات) للسلوك العدوانى أو العدائى لحالات أثيرت بالفشل أو الاحباط أو المثير الجنسى أو النمذجه للسلوك العدوانى أو الازدحام . أظهرت أربع دراسات منها ان الرجال أكثر عدوانيه من النساء وأظهرت دراسه منهم عدم وجود فروق بين الجنسين باستخدام الاختبارات الاسقاطيه واختبارات التقرير الذاتى . لمشاعر العدائيه . والدراسات التى سجلت فروق العدائيه أو العدوانيه العامه فروق تختلف فى وسيله القياس وطريقه الاشاره والسيدات يميلن الى ازاحه العدوان .

هذه المجموعه من الدراسات لم تخص نوع محدد من السلوك العدائى أو العدوانى ولكن العدوان أو العداء بصفه عامه أى كسلوك افتراض واعتبارها كسمه من سمات الشخصيه . ونفترض فى النهايه ان الافتراض الشائع دائما عن أسس الفروق الجنسيه فى السلوك العدوانى أن الرجال احيانا أكثر عدوانيه ولكن ليس عاده أو دائما .

دور الجنس فى اتجاه العدوان

أظهرت اغلبيه الدراسات ان كلا من الرجال والنساء يتصرفوا بصفه عامه بتوجيه عدوانيه اقل تجاه النساء سواء الرجال أم النساء عنه تجاه الرجال وان العدوان لدى النساء يولد مشاعر الذنب أكثر .

وعموما يرجع الاختلاف بين الجنسين ليس فى الدافع الى العدوان ولكن فى صورة التى يظهر عليها العدوان . ويثير العدوان قلق وخوف أكثر عند النساء وكما يرتبط بكل منهما وكذلك مشاعر الذنب . والمثير الذى يثير القلق ومشاعر الذنب لديهن يثير العدوان الجسدى لدى الرجال .

والدراسات السابقة على الراشدين من الجنسين ولكن نقدم هنا دراسات آخرى حول الاختلاف فى صور السلوك العدوانى بين البنين والبنات ومنها دراسة (جون آركير وكارن John Areler & Karin ،١٩٨٧م) على اطفال فى المرحله الابتدائيه (٦ - ١١) سنه . وتناولت الدراسه السلوك العدوانى غير المباشر . وأظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين عند عمر (٦) سنوات وأظهرت الدافع للعدوان عند كلا الجنسين فى هذا السن وأجريت الدراسه داخل الفصول الدراسيه . وأوضحت ان الاختلاف بين الجنسين فى صور السلوك العدوانى فى عمر ١١ سنه وليس فى الدافع للعدوان . والعدوان اللفظى لدى البنات أعلى منه عند البنين . والعدوان المباشر المادى عند البنين أعلى منه لدى البنات . والفروق داله احصائيا . وعن اتجاه السلوك العدوانى بين الجنسين فوجدوا ان السلوك العدوانى فى عمر (١١) سنه يتجه نحو نفس الجنس من البنين أو البنات . ولم يتجه للجنس المخالف .

وفى دراسه لسى عنن السلوك العدوانى لدى البنين والبنات من اطفال دور الرعايه الاجتماعيه . متوسط عمر زمنى (١٢) سنه . وتهدف الدراسه الى الكشف عن صور السلوك العدوانى لدى البنات والبنين بدور الرعايه الاجتماعيه من حيث الدرجه الكليه للعدوان أو العدوان المباشر والعدوان اللفظى وغير المباشر . والفروق بين الجنسين . وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلاله احصائيه بين متوسط درجات مجموعه البنين والبنات لصالح البنين فى الدرجه الكليه للسلوك العدوانى ويتفق مع دراسه (هاتسو زوكاو وآخرون Hatsuz uka et al ،١٩٩١. حيث تفوق البنين على البنات فى العدائيه الخارجيه بطريقة غير واضحه ومتعدده ولا يظهر سواء بالاسلوب السيكومترى أو الاستدلالى .

وظهرت الفروق لصالح البنين فى كل من العدوان المباشر المادى وغير المباشر

أى ان السلوك العدوانى بصوره الثلاث يتم التعبير عنه بطريقه مباشره جسديـــه أو لفظيـه . وهذا يوضح كبت العدوان وعدم التعبير عنـــه بشتى صوره لــدى البنات (من أطفال دور الرعايه الاجتماعيه) وتظهــر البنات بيدو أقل تعبـــيرا من الناحيـه الانفعاليه ومسايره (أكثر انسحابـاً . وأيضاً هـذه النتيجـه توضح اتجاه العقابيه لدى البنين خارجيـا وداخليـاً . وهنا خطر يجب التنبيه اليه فبعـــد سنوات قليلــه ينخرطـوا فى المجتمع وتظهر الآثار السلبيه لهذه العقابيـــــه من هذه الفئه نحو المجتمع ونحـو انفسهـــــم .

ومن الدراسات التى تناولت علاقـه السلوك العدوانى بالجنس (دراسـه مـــرزوق عبد الحميد مرزوق ١٩٩١٠) عن الفروق بين الاطفال فى ادراك العدوانيـــــه وأظهرت الدراسه عدم وجود فروق فى ادراك السلوك العدوانى نتيجه لاختلاف الجنس ولكن توجد الفروق نتيجـه لاختلاف العمر الزمـــنى .

ومـــن كل ما سبق نستخلص ان الدافع للعدوان موجود ولكن الاختلاف يرجـع لطريقه التعبـــير عنـه . وفق مجموعـه محـددات أخرى مثل الموقف ، الحاله المزاجيه للفـــرد انتقاء الاستجابـه أو تفضيلهـا النواحـى الهرمونيـــه والبيولوجيـه تحتاج الـــــى التدقيق أكثـر ، والبحث عن اسباب العدوان والعنف . والمهـم فى دراســـــه العـدوان معرفـه اتجاهـــه للداخل لنفـس الفرد أم للخارج من نفس الجنـس أو مـــن جنس مخالف . وهل العدوان يتجـه الى مصدر الاثاره أو يتم ازاحـــــــه للسلوك العدوانى (وخصوصاً لدى السيدات والانـــاث) كما لوحظ سابقـاً أن اتجـــاه العـدوان نحو السيدات سـواء من جانب الرجال ام السيدات يكون اقل حـده عمـــا يوجـه فى اتجـاه الرجـال سـواء من الرجال أو السيدات ولا يكفى الجنس وحـــده فى تحديد تفوق أى صوره من صور العدوان أو العقابيــه العامـه أو العدائيـه .

ويلاحظ فى العديد من الدراسات تفوق الجوانب السلبيه فى شخصيه الطالبات عنه لدى الطلبه منها دراسه مشاعر الذنب وجدت الفروق بين الجنسين لصالح البنات بدرجه داله ومرتفعه (آمال عبد السميع باظه ١٩٩٤) .

وفى دراسه آخرى (١٩٩٦) عن الوجدانات الموجبه والسالبه لطلاب وطالبات كليات التربيه وجدت فروق داله احصائياً لصالح الطالبات فى كل من مقياس الحزن ومشاعر الذنب والعدائيه والخوف من السنه الاولى حتى الرابعه وخصوصاً مقياس الحزن والخوف ومشاعر الذنب وبذلك يتضح مدى ما يحتاج اليه الاناث من حمايه وتعديل وسائل الرعايه والتربيه الخاصه بالاناث .

الاثار السلبيه للعنف الذى تتعرض له الاناث والسيدات

شاع افتراض مؤداه أن الرجال دائماً أكثر عدوانيه جسديه وعنفاً عنه لدى السيدات والاناث . وهو ما أثبتته العديد من الدراسات حول تفوق الرجال على السيدات فى التعبير عن العدوانيه . ورغم أن الدافع للعدوان والعنف بشتى صوره يوجد لدى الجنسين الا أن التعبير عنه باختلاف الجنس . فالاناث والسيدات لديهن القدره بل وخاصيه كبت العدوان والتعبير عن الغضب بازاحته الى صوره أخرى تعبّر مرضيه وسلبيه وتتكون هذه الخاصيه من قائمه المسموح وغير المسموح به من السلوكيات من وجهه نظر اجتماعيه والتفريق بين الأولاد والبنات بالاضافه الى الخوف الدائم عليهن من وقوع اعتداء أو اختطاف أو خلافه من حوادث العنف المعروفه تجاه الاناث والسيدات ومن مصادر العنف التى توجه لهن مصادر ذات علاقه قرابه مثل الزوج أو الأخ أو أحد افراد الأسره (الأم - الأب) ولها آثارها السيئه على حياتهن المستقبليه . مجال العمل ومضايقاته ومن أفراد المجتمع ومن مصادر العنف تراكم حاله العدائيه لفترات طويله ابتداء من كبح الرغبه فى التعبير الانفعالى عن مطلب أو حاجه من الحاجات النفسيه اللازمه للتكيف مع المجتمع ومع الذات الى توجيه الاعتداء البدنى والعقاب الجسدى .

ومن الآثار السلبيه للعنف :-

* انتشار الأمراض النفسجسديه (السيكوسوماتيه) مثل الصداع النصفى الذى تبلغ نسبه انتشاره بين السيدات والاناث ضعف النسبه لدى الرجال . وتعتبر هذه الفئه من الأمراض ناتجه عن المعاناه النفسيه والضغوط لفترات طويله كما يعتبرها البعض عدائيه موجهه للذات .

* أثبتت الكثير من الدراسات ان السيدات والاناث أكثر شعورا بالذنب ومعاناه للقلق والخوف والحزن مقارنه بالرجال وهذه المجموعه من الوجدانات السالبه تؤدى الى الاكتئاب الذى يكثر نسبته لدى السيدات والاناث ويؤدى الى الانتحار فى اقصى صوره .

* الاساءه للأطفال وهذه صوره من صور ازاحه العدوان والعنف فبدلا من الـــــرد بالمثل على مصدر العنف والعدوان يتم توجيــه مقابل العنف والعدوان الى ضحيــه أخــرى وهى الأطفال ففى بحث جديد فى أمريكا وجد أن السيدات أكثر اســـاءه فى معامله الأطفال من الرجال .

* الابتعاد عن الاسـره الوالديه أو الزوجيه مثل المصروب أو الطـلاق وما يترتـــب على ذلك من آثار سئيــه لهـا ولأسرتيهمـــا .

* انخفاض تقدير الذات وتكوين مفاهـيم سلبيه عن امكانياتهـن مما يؤدى الى انخفـاض الدافعيــه للعمل والتطويــر والابتكار بالتعليم عن طريق القدره والمحاكاه النموذجيه يتكون لدى الاطفال هذه المفاهـيم السلبيــه عن الذات والمجتمع والمستقبـل وخصوصاً الانـــاث منهـــم .

مشاعـــــر الذنـــــب

يشعر الانسان عادة بضرورة مراجعة نفسه ومحاسبتها عما قامت به من سلوكيات أو عن أحاسيس ومشاعر ومعتقدات، ويصاحب هذه العملة آلام ومعاناه أو رضا وارتياح كل حسب ما سبقه من عمل أو شعور أو بلغة التحليل النفسى مراقبة الأنا العليا لكل من الهو والأنا. ومهما كان الانسان على قدر من الاتزان الإنفعالي والسوية لابد من ارتكابه بعض الأخطاء أو شعوره بالخطأ ولوم الذات ومحاسبتها. وهذه تعتبر ظاهرة صحية إذا كان الشعور بالذنب أو الخطأ واقعى ويرتبط بالإتيان بأخطاء محددة نحو الذات أو الأخرين أو البيئة من حول الفرد. والشعور بالذنب ضرورة تهذيبية كي يقلع الفرد عن أخطائه ولكن لا يصل إلى حد الشعور بالذنب الوهمى الذى يعرقل تفكير الفرد ويضخم الأخطاء كما هى لدى مريض الاكتئاب فهى العامل الأساسى فى تشخيص الاكتئاب وهذا العامل هو المميز لمرضى الاكتئاب عن بقية الاضطرابات الأخرى. توجد مشاعر الذنب الوهمية لدى بعض المرضى الذهانيين عن أخطاء لم يرتكبوها. فقد وجد (دارفيل وآخرون Darvill et al. ١٩٩٢) ترابط بين الذهانية ومشاعر الذنب. والذهانية في تلك الدراسة هى بعد من أبعاد الشخصية عند «أيزنك» وتظهر مشاعر الذنب العالية فى صورة عقابية مرتدة للذات واستخدم (فولدس.Foulds) لفظ العقابية الداخلية والخارجية. واعتبر العقابية الداخلية تتضمن لوم الذات والشعور بالذنب وعلى هذا الأساس أعد (فولدس Foulds , ١٩٥٧) مقياس للعدائية و اتجاهها (HDHQ) ، ورغم أن مشاعر الذنب من المتغيرات النفسية ذات الأهمية الخاصة للحالات المرضية والاضطرابات النفسية إلا أنها لم تلقى الاهتمام الكافى فى الدراسات النفسية حتى الآن وبالتحليل العاملى لاختبار القلق كسمة وجد عامل خاص بمشاعر الذنب (عبد الرقيب البحيرى. ١٩٨٢). ويعتبر الشعور بالذنب

ضمن العوامل الأساسية في اختبار «بيك» "Beck" للاكتئاب واختبار «هاملتون "Homelton" وهما على الترتيب Investory Hamelton Rating Scae for (Depression Eeck Depression). كما تظهر مشاعر الذنب في صورة مرتدة للذات تدميرية كما عبر عنها (ستودت Studt ، ١٩٨١) لدى المرضى السيكوسوماتيين وتم تناول مشاعر الذنب كمتغير سالب التأثير على الشخصية مع مجموعة من المتغيرات التي حددها (واطسن Watson ، ١٩٨٥) وأطلق عليها المؤثرات الانفعالية السالبة Negative Affective (NA) وهي الخوف والشعور بالذنب والعدائية والحزن واعتبر هذه المؤثرات مسئولة عن ظهور الاضطرابات والأمراض النفسية.

واذا نظرنا لتلك المؤثرات وجدنا أن دور مشاعر الذنب مضاعفا فهو كعامل منفصل ثم ضمنيا في العدائية حيث أن العدائية الداخلية حسب اختبار (HDHQ) تشتمل على قسمين لوم الذات، الشعور بالذنب.

ومشاعر الذنب يتم تعلمها في مرحلة الطفولة من الآباء والأمهات والمشرفين على تربية الطفل وخصوصاً من الأمهات المكتئبات. ويرجع ذلك إلى ارتفاع درجة الشعور بالذنب لديهن كما في دراسة .(زاهن ووكسلر وكارولين Zahn, Waxler. Carolyn، ١٩٨٩).

وترتبط مشاعر الذنب بالخجل كما في دراسة (فيهر وستامبس Fehr& Stamps ،١٩٧٩) وبما أن مشاعر الذنب تعتبر متغير من متغيرات دراسة الشخصية وينظر لها كمؤشر من المؤشرات الدالة على السوية أو المرض. ويمكن تمثيل مستويات مشاعر الذنب بمتصل يمثل بثلاث مستويات لمشاعر الذنب وما تؤدي إليه ارتفاعا أو انخفاضا.

مشاعر ذنب منخفضة وتدل على اللامبالاة وعدم الشعور بالمسئولية تجاه الآخرين والذات. الانفصال عن الواقع	مشاعر ذنب طبيعية تتضمن الرغبة في الإصلاح وتؤدي إلى التكيف مع الذات والآخرين	مشاعر ذنب مرتفعة تصل إلى درجة توهم الخطأ وتصحبه مثل مرض الاكتئاب وتؤدي إلى الانسحاب وانخفاض تقدير الذات

ويرى كل من (فريدمان وميورس Freedman & Mauric . ١٩٩١) أن مشاعر الذنب تتكون وتنمو لدى الفرد من علاقته بالآخرين وإدراكه للموقف المثير للذنب أو المشاعر المرتبطة به أو التوحد مع شخص يعانى من الشعور بالذنب.

الشعور بالذنب Guilt Feeling

يعرف (احمد عزت راجح، ١٩٧٧) الشعور بالذنب أو وخز الضمير هو الألم الذى ينجم عن قيام الفرد بعمل لا يرضاه ضمير. وسواء كان هذا العمل خلقيا أو دينيا أو اجتماعيا شعور سوى ذو قيمة تهذيبية للفرد. تثيره مثيرات محددة يعرفها الفرد ويدركها بوضوح كالتورط فى علم غير مشروع أو الاتيان بقول أو فعل خاطئ. غير أن هناك شعور بالذنب غير معروف المصدر هائم طليق كالقلق العصابى. وكثيرا ما يقترن بالقلق واستحقارها الذات أو الاشمئزاز منها. فترى الفرد لا يعفر لماذا يشعر بالذنب وينتابه شعور غامض موصول بأنه مذنب آثم حتى إن لم يكن أذنب أو أتى شيئا يستحق عليه العقاب أو يلوم نفسه على أمور لا تستحق اللوم ويرى في أهون أخطائه ذنوبا لا تغتفر.

ويرى (صلاح مخيمر. ١٩٧٩) أن الشعور بالذنب هو قلق تجاه الأنا العليا. والدافع لهذا القلق هو الحاجة إلى البراءة والضمير الخلقى هو المرجع من حيث الشعور بالاثم أو تقدير الذات (البراءة).

وبعد الاطلاع على العديد من تعريفات الشعور بالذنب .

نقدم التعريف الآتى :

الشعور بالذنب هو ألم نفسى داخلى يشعر به الفرد داخليا أى حوار داخلى بين الفرد وذاته وبلغة التحليل النفسى بين الأنا والأنا الأعلى على أنه مخطئ أو ارتكب ذنوبا وآثام. وأحيانا تكون هذه المشاعر وهمية مبالغ فيها لا ترتبط بخطئ واضح أو واقعى وينظر الفرد أحيانا إلى أخطائه وكأنها لا تغتفر ويتوهم أن

المحيطين به بعلموها جيدا وتؤدى إلى تحقير الذات والاشمئزاز منها. وأحيانا أخرى يقل الشعور بالذنب لدرجة عدم المبالاة وتحمل المسئولية. يرتبط الشعور بالذنب إما بأخطاء تتعلق بالمحيطين بالفرد أو نحو ذاته وحياته الخاصة.

ولا توجد دراسة عربية واحدة تناولت مشاعر الذنب لدى أى عينة من الأفراد سوى دراسة عن الخجل قام بها (حسين الدريني، ١٩٨١) ووجد ارتباط بين الخجل ومشاعر الذنب واعتبر مشاعر الذنب من صفات الشخص الخجول.

وتناولت الدراسات والبحوث الأجنبية الشعور بالذنب فى ثلاثة اتجاهات :-

أولاً: دراسات تناولت مشاعر الذنب لدى فئات مرضية مثل :

- **دراسة (فريدمان وكابلان Freedman & Daplan ١٩٨٢).**
اللذان قاما بتسجيل مشاعر الذنب لدى الفصاميين والمشاعر المتجهة نحو الآخرين ووجدا أن مشاعر الذنب تقل لدى الفصاميين عنه لدى الأسوياء مع عدم تغير المشاعر نحو الآخرين عنه لدى الأسوياء وهذه الدراسة لم تميز بين فئات مرضى الفصام.

- ودراسة (ذاهن ووكسلر وكارولين Zahen, Waxler & Carolyn ١٩٩١) قاموا بمقارنة مشاعر الذنب لدى (٢٣) مريض عصاب قهرى، (٢٤) يعانون من القلق وتم تحديد مستوى التدين للعينتين. وأظهرت النتيجة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى العصاب القهرى والقلق من حيث مستوى الشعور بالذنب لصالح حالات القلق. ويوجد ترابط بين درجة التدين العالية ومشاعر الذنب لدي مرضى العصاب القهرى. أى أن مرضى العصاب القهرى ذوى درجة التدين العالية هى الفئة التى ظهر فيها مشاعر الذنب بدرجة مرتفعة عن بقية الفئات.
هذه الدراسة أظهرت أن مرضى القلق لديهم مشاعر ذنب مرتفعة.

ودراسة (دارفيل وتوماس وجوهنسون ورونالد ودانك جورج Darvill, Thomas, Johnson, Ronald, C. &Dank George ١٩٩٢). عن مشاعر الذنب وعلاقتها بكل من العصابية والذهانية والقلق الاجتماعى لدى (٩٦) طالب جامعى. وأظهرت الدراسة ارتباط موجب بين الذهانية ومشاعر الذنب ولا ترتبط العصابية بمشاعر الذنب.

ويلاحظ أن هذه الدراسة تناولت العصابية والذهانية كبعدين على قائمة (أيزنك للشخصية) وليست كحالة مرضية.

ثانياً: دراسات تناولت مشاعر الذنب وعلاقتها ببعض المتغيرات فى الشخصية :

- دراسة (بينتو وماري وبرست وسيوسان Pinto, Mary, Priest & Susan ١٩٩١.) عن العلاقة بين مشاعر الذنب لدى السيدات العاملات وكل من الغضب والسعادة تم تطبيق الإختبارات الخاصة على (٤٦) سيدة عاملة يتراوح العمر الزمنى بين (٢٤-٤٨ سنة) ووجدوا ارتباط بين مشاعر الذنب العالية وكل من الغضب وعدم السعادة.

دراسة (بينو وماري ووروبيتز دان& Pinto, Mary Worobetz Dan ١٩٩٢.) عن علاقة مشاعر الذنب بكل من تقدير الذات ووجهة الضبط لدى الأمهات العاملات وغير العاملات (٥٧) أم عاملة ومقارنتهن بأمهات غير عاملات ويتراوح العمر الزمنى بين (٢٨-٥٩ سنة) أظهرت النتيجة وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات وكل من الضبط الداخلى ومشاعر الذنب. ولم تظهر فروق بين العاملات وغير العاملات فى المتغيرات الثلاثة.

وهذا البحث يوضح انخفاض تقدير الذات لدى مرتفعى مشاعر الذنب.

دراسة (بيبى وجانى وزجلير وأدوارد Bybee, Jane & Zigler Edward ١٩٩١.) عن مشاعر الذنب لدى فئات من الأطفال فى

علاقتها بصورة الذات. ووجدا أن مشاعر الذنب تنتج من اضطراب العلاقة بين الذات الواقعية والذات المثالية.

وهذا يتشابه مع فكرة التحليل النفسى من نشأة مشاعر الذنب كقلق تجاه الأنا العليا من جانب الأنا.

- دراسة (واطسن ودافيد كلارك لي& Wastson, David, Cark Lee . ١٩٩٢) عن الوجدانات الإيجابية والسلبية في الشخصية.

والوجدانات هنا هى مجموعة من الانفعالات ذات التأثير السلبى أو الإيجابى وتم تصميم مقاييس للمؤثرات السلبية وهى الخوف، الحزن، العدائية والشعور بالذنب وتم ترتيبها حسب وجودها مع كل الاضطرابات النفسية المعروفة.

وقد سبق توضيح أن الشعور بالذنب جزء من العدائية الداخلية (العقابية الداخلية) بتعبير كل من «روزنزويج» و«فولدس». ويرتبط الحزن وعدم السعادة مع مشاعر الذنب للألم الناتج عن تلك المعاناة النفسية كما فى دراسة (بنتو ومارى وبيرست وسيوسان. ١٩٩١).

ثالثاً: دراسات تناولت الكشف عن مشاعر الذنب وتقديرها:

- دراسة (مككسينا وكيسلير McKenna & Kessler .١٩٧٧)

وهى دراسة مسحية من (١٩٧٣ إلى ١٩٧٧) عن الدراسات التى اهتمت بتناول مشاعر الذنب وقياسها فوجدا (٣٣) دراسة منها ٢٧٪ اهتمت بمشاعر الذنب لدى الرجال، (٣٣٪) للنساء، (٢٧٪) للجنسين معا، (١٣٪) لم تهتم بأثر الجنس.

ويظهر من هذه الدراسة أن مشاعر الذنب لدي النساء أخذت اهتمام أكثر

فى علاقته مع الآخرين والظروف البيئية من حوله. وتخفى هذه الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية واعتمدت على أسلوب التخييل للكشف عنها. وأعزت الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية إلى الأفكار والاعتقادات الخاطئة مثل الأخطاء الدينية أو تدنيس الأماكن المقدسة أو ارتكاب أخطاء ذات طابع اجتماعى.

هذه الدراسة بالاضافة إلى دراسة (ذاهن ووكسلر وكارولين.١٩٨٩) أكدت على تكوين مشاعر الذنب لدى الأطفال فى المراحل الأولى من حياتهم.

- دراسة (فريدمان وميوريس Freedman & Maurice. ١٩٩١) عن مشاعر الذنب غير الظاهرة والموجودة فيما بين الشعور واللاشعور ولكن لا تظهر بصورة واضحة لدى الأفراد. ولكن يشعروا بالألم المصاحب لهذا الشعور ولكى تظهر هذه المشاعر وتصبح ظاهرة تمر بثلاث مراحل :

١- تحديد العملية المعرفية التى من خلالها تم تكوين مشاعر الذنب.

٢- يحدد الفرد الحامل للذنب الفرد الآخر المشترك معه فى موقف حدوث الذنب.

٣- يأخذ الفرد اتجاه نشط إجرائي نحو العالم الخارجى للتخلص من هذا الشعور بناءا على ما تم فى الخطوتين ١، ٢.

- دراسة (كيجلير وكارين وجومس وارين Kugler, Karen, James & Warren. ١٩٩٢) عن تحديد مفهوم الشعور بالذنب وتقديره وذلك بعد حصر (١٠٤١) دراسة تم تناول مشاعر الذنب فيها فى ثلاث اتجاهات رئيسية وهى :

١- اعداد قائمة لقياس مشاعر الذنب فى علاقته بالمعيار الأخلاقى.

٢ - دراسة العلاقة بين مشاعر الذنب والخزى وغيرها من الانفعالات السالبة لكشف المزيد عن الشعور بالذنب كسمة وكانفعال سالب .

٣- مقارنة مقاييس الشعور بالذنب مع غيرها من مقاييس الشعور بالخزى والمعيار الأخلاقي.

- دراسة (بوجى وتيموثى بيري ناثان ورانس جارى فيشلر Bogy, Timothy, L. Perry Nathan, Rancy& Cary Fischeler, ١٩٩١) للكشف عن مشاعر الذنب الكامنة لدى مجموعة من مرتكب الجرائم (٤٠٠ فرد) من مدينة نيويورك. وتم عرض فيلم مسجل لهم عن مواقف لمشاعر الذنب لبعض فئات من مرتكبى الجرائم. وبعد تطبيق اختبار تكملة الجمل سجل ٧٨٪ من الحالات مشاعر ذنب عالية. وبعد فترة سجلوا ٧٣٪ منهم مشاعر ذنب عالية أيضا.

اختبار مشاعر الذنب إعداد

- طلبت من طلاب وطالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ (٥٥٠) طالب (٣٥٠) طالبة بكلية التربية بكفر الشيخ جميع الشعب كتابة وصف لمشاعر الذنب لدي الفرد. وعدم كتابة أسمائهم حتى يترك لهم حرية الوصف والتعبير. وتم تحديد درجة تكرار كل وصف من الأوصاف على هيئة بنود وتم حذف البنود التى لم تلقى تكرارا حتى وصل عدد عبارات الاختبار إلى (٨٥) بندا.
- تم عرض الاختبار في صورته الأولية على طلاب الدبلوم الخاص السنة الثانية بعد شرح معنى الشعور بالذنب لهم وتم استبعاد العبارات التى لم تلقى اختيار منهم بدرجة كافية،ووصل عدد البنود إلى (٧٣) بندا. والبنود صاغة بأسلوب التقرير الذات.
- تم عرض الاختبار على الزملاء والزميلات بقسم علم النفس من أعضاء هيئة التدريس لاعطاء آرائهم حول صياغة العبارات واختيار أفضلها قياسا لمشاعر الذنب وتم حذف بعض العبارات أو استبدالها ووصل عدد البنود إلى (٧) بندا.

وتم وضع أربع مستويات للإجابة على الاختبارات (أبدا- أحيانا- بدرجة متوسطة- دائما) وتقابلها درجات (صفر، ١، ٢، ٣).

- تم عرض الاختبار على (٣ أساتذة صحة نفسية). وتم الاتفاق على أغلبية البنود وتم تعديل بعض الصياغة فى البنود وحذف بعض البنود حتى وصل إلى ٦٤ بندا.
- تم تطبيق الاختبار على (١٠٠) طالب، (١٠٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ومتوسط درجات الذكور (٤، ٧٥) والانحراف المعيارى (٢٣,١) والاناث (٨٥,٣) وانحراف معيارى (٢٤,٤). وتم استخراج الدرجات المعيارية المعدلة المقابلة للدرجة الخام لدى عينة الطلاب والطالبات.
- وتم حساب ثبات الاختبار باعادة تطبيقة على عينة من طلاب كلية التربية كفر الشيخ السنة الأولى (٣٠) طالباً، (٣٠) طالبة بفاصل زمنى شهر ووصل معامل الثبات إلى (٠,٧٥)، (٠,٦٩) لدى عينة البنات والبنين على الترتيب.
- تم حساب صدق الاختبار بطريقتين :

١) بتطبيق الاختبار على مجموعة من مرضى الاكتئاب (٣١) حالة، (١٩) إناث، (١٢) ذكور من مستشفي الصحة النفسية بطنطا من العيادة الخارجية. وحصلوا على درجات عالية مقارنة متوسط درجات طلاب وطالبات الكلية فى العينة السابقة فبلغ متوسط درجات مجموعة مرضى الإكتئاب من الذكور (١٢٨ر٤) ومتوسط درجات مجموعة مرضى الاكتئاب من الجنسين. وهذا يدلل على صدق الاختبار حيث أن مرضى الاكتئاب أعلى شعورا بالذنب من أى مجموعة مرضية أخرى مثل دراسة (فهنز وآخرون) ١٩٧٢) و(جرنكو وآخرون ١٩٦٢) ودراسة (بلومبرج وازاردBlumberg Izard ١٩٨٦) وأيضا فى دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية DSM.III تظهر مشاعر الذنب لدى الاكتئابيين بصورة حادة

- تم حساب الصدق التمييزى للاختبار بايجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات كما هو موضح بالجدول التالى رقم (١) لدى طلاب وطالبات السنة الأولى كلية التربية بكفر الشيخ.
- يقيس اختبار مشاعر الذنب الشعور بالذنب لدى الفرد تجاه الآخرين وتجاه الذات وآثاره على العلاقة بين الفرد والمجتمع من حوله وآثاره أيضا على دافعيته للعمل وأمله فى الحياة. ويتضمن وصفا للآثار النفسية والألم الناجم عن الشعور بالخطأ. وقد تصل مشاعر الذنب إلى درجة وهمية لاترتبط بخطأ واقعى حقيقى ارتكبه الفرد. ويشمل أيضا مشاعر الذنب حول التقصير فى العبادات والنواحى الدينية والخوف من العقاب فى الآخرة ورغبة الفرد فى التخلص من هذه المشاعر بتصحيح أخطائه.

جدول رقم (١)

دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات على اختبار مشاعر الذنب

العينة		المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة «ت»	دلالتها
بنين	الأعلى ٢٧٪	٩٢	١٣ر٢	٨ر٢	دالة عند مستوى
	الأقل ٢٧٪	٥١	١١ر١٠		٠٠٥ر٠
بنات	الأعلى ٢٧٪	١١٦	١٥ر٨	٩ر٢	دالة عند مستوى
	الأقل ٢٧٪	٥٩ر٧	١٢ر١٠		٠٠٥ر٠

والفرق بين المجموعتين من كلا الجنسين دال كما هو موضح بالجدول (١).

- تم وضع مفتاح لتصحيح الاختبار ومستويات للدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة ، كما هو موضع بالجدول التالى (٢)*..

جدول رقم (٢)

الدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة لكلا الجنسين

الدرجات	منخفض جداً	متوسط	مرتفع	مرتفع جداً
الدرجة الخام	صفر-٦٣	٦٤-١٢٧	١٢٨-١٥٩	١٦٠-٠٤٢
الدرجة المعيارية المعدلة للاناث	صفر-٢ر٤١	٦ر٤١-٨ر٦٦	٢ر٦٧-٦ر٧٩	٨٠-٨ر٩٣
الدرجة المعيارية المعدلة للذكور	صفر-٢ر٤٥	٦ر٤٥-٨ر٧٠	٢ر٧١-٦ر٨٣	٨٤-٨ر٩٦

فقدان الشهيـه العصــــبى

تعتبر العلاقة بين الحالة النفسية والرغبة فى الطعام أو العزوف عنه معروفة منذ زمن بعيد، كما اعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد واضطرابه أو سويته. وتم النظر إلى اضطرابات الأكل (Eating Disorders) كفئة مستقلة من الإضطرابات فى السبعينات من هذا القرن. ويوضع فقدان الشهية العصبى (Anorexia Nervosa) ضمن الأمراض السيكوسوماتية فى دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية الذى تصدره رابطة الأخصائيين النفسيين الأميريكية (DSM. III) وتزداد نسبة لفقدان الشهية العصبى لدى الإناث والسيدات حيث أوضح (كيورك هاس. Kurk Hass ، ١٩٧٩) أن نسبة انتشار فقدان الشهية العصبى بين الإناث تصل إلى أكثر من (١٠٪) من بين اضطرابات الأكل .

ووجد (برومبرج وآخرون Bromberg, et al ، ١٩٨٠) أن نسبة فقدان الشهية العصبى بين الإناث والسيدات تصل إلى (٩٥٪) من بين حالات اضطرابات الأكل ويعزى ذلك إلى تعرضهن للضغوط الإجتماعية والثقافية الخاصة بمعايير الجاذبية الجسدية التى تركز على النحافة. مما يسبب الخوف من زيادة الوزن ورغم أن العينة التى أجرى عليها بحثه من ولاية شيكاغو الأمريكية إلا أنها تعكس ارتفاع نسبة حدوثها بين الإناث والسيدات .

ووجد (ألفورد وبوجلى. Alford & Bogle ، ١٩٨٢) أن أعلى نسبة لحدوث فقدان الشهية العصبى بين الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (١٢ - ١٨ سنة) وتصل نسبة انتشاره إلى (١٨٪) مع ملاحظة أن ثلثى هذه النسبة يتحسن تلقائياً بعد مرور مرحلة البلوغ وبداية المراهقة وبذلك تصل النسبة إلى حوالى ٦٪ فى مرحلة المراهقة ويؤكدان على عدم حدوثه قبل سن العاشرة ورغم ذلك وجد (أدريان لورينهام) حالات فى السابعة وتعانى من فقدان الشهية العصبى .

وهذه النسبة التى قدمها (ألفورد وبوجلى) فى بريطانيا وهى مجتمع غربى له معايير خاصة به من حيث الإعتقادات السائدة بين الفتيات عن معايير الجاذبية الجسدية .

وفى أمريكا وجد (سيلفر ستين Silverstein، ١٩٨٦) أن نسبة عالية من اهتمامات المرأه تركز على شكل الجسم ووزنه بتأثير وسائل الاعلام والمؤتمرات .

الإجتماعية ومفهوم الجاذبية الجسدية يرتبط بالنحافة أكثر من البدانة ووجد أن حالات فقدان الشهية العصبى لديهن معايير ومستويات غير واقعية عن الجاذبية فى تكوين الجسم وتصل نسبة انتشار هذه الاضطرابات إلى (١٠٪) بين الإناث .

- فى دراسة (آجراس. Agras ، ١٩٨٧) بجامعة نيويورك وجد حالات فقدان شهية عصبى دون العاشرة من العمر والإضطرابات أكثر شيوعاً فى عمر زمنى بين (١٢ - ١٨) سنة وتعزى النسبة العالية لفقدان الشهية العصبى بين الإناث إلى تأثير المخاوف التى تثيرها وسائل الإعلام من زيادة الوزن وفقدان الجاذبية الجسدية بزيادة الوزن وتصل نسبة انتشار هذه الاضطرابات بين الإناث إلى (١٢٪) .

ويؤكد (آدريان فورنهام. Furnham, A. ، ١٩٩٣) أن انتشار اضطرابات الأكل ازدادت بنسبة عالية فى العقدين الأخيرين ودلت بحوث فقدان الشهية العصبى بين الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (٧ - ٢٥) سنة على أن نسبة الإنتشار بين الطالبات فى سنوات الدراسة تصل إلى (١٨ - ٢٠٪) مما يعرض حياتهن للخطر فيما بعد .

- **ويلاحظ فى العرض السابق مايلى :**

أولاً: زيادة نسبة الإنتشار حتى وصلت إلى (٢٠٪) بين الإناث .

ثانياً: حداثة العمر الزمنى لبداية الاضطراب .

ثالثاً: أعلى نسبة انتشار تقع بين طالبات المدارس والجامعات أثناء سنوات الدراسة .

رابعاً: لاتوجد دراسات عربية أو مصرية توضح نسب انتشار فقدان الشهية العصبى بين الإناث .

ومن البحث فى التراث السيكولوجى الحديث وجدت نموذجاً لنظرية ديناميكية يبحث عن أسباب الإضطراب بأسلوب يكمن فى خصائص شخصية المضطرب وهو نموذج (بيترسلاد، Slade, P، ١٩٨٢) ولقد أطلق على هذا النموذج «النموذج التحليلى الوظيفى» كإسم مستعار من العلوم الطبيعية وبعد إجراء العديد من الدراسات عن فقدان الشهية العصبى توصل (بيتر سلاد) إلى وجود بعدين سلوكيين أساسيين اعتبرهما السبب الرئيسى وراء حدوث الإضطراب وهما : الكمالية Perfectionism . وعدم الرضا العام.

وفى دراسة أخرى قام بها (سلاد وآخرون، ١٩٩١) توصل إلى وجود بعد ثالث هو الضبط والسيطرة وبذلك أصبحت الأبعاد السلوكية الثلاثة بمثابة الأسباب المسئولة عن الإضطراب وتعتبر أبعاداً سلوكية مميزة لشخصية ذوى اضطراب فقدان

الشهية العصبى واستنتج ذلك من الآراء السابقة حول الأسباب ومن المقابلات الكلينيكية المتعمقة التى أجراها مع الحالات العديدة من فاقدات الشهية .

هناك نظرية أخرى قدمها (أدريان فورينهام Furnham, A.) تبحث عن الأسباب من خلال اعتقادات وآراء الحالات المرضية والسوية ولذلك أطلق عليها النظرية الوضعية (Lay Theory) بالإضافة إلى استفادته من النظريات العلمية الخمسة التى تبحث عن أسباب فقدان الشهية العصبى بوجهات نظر مختلفة ومنها :

١ - النظرية الخاصة بنظام الأسرة : Family System Theory
والتى اعتبرت أن الديناميات الأساسية المسئولة عن الاضطرابات ترجع إلى الأسرة والعلاقات داخلها وأكدت أن أسر المضطربات تتميز بأمهات أكثر سيطرة وتحكماً ولاتناقش المشكلات الخاصة بالأبناء وخصوصاً الإناث .

٢ - النظرية الخاصة بالتوافق النفسى الإجتماعى المرضى:
Theory of Maladaptive Psychosocial adjustement:
واعتبرت الخبرات الإنفعالية والعلاقات الإجتماعية فى الطفولة هى المسئول الأول عن هذا التوافق مثل النبذ والعدائية من الراشدين. (كرسبى وآخرون. Crespe. et al، ١٩٨٢) .

٣ - النظرية الثقافية الإجتماعية : Socio - Cultural Theory
وتعتمد على الأفكار السائدة فى المجتمعات عن المعايير والمقاييس الخاصة بشكل الجسم ووزنه وخصوصاً لدى الإناث والسيدات العاملات (كرسبى وآخرون Crespe. et al.، ١٩٨٢) .

٤ - نظرية الأنوثة : Femimist Theory
وأعزى (أورباك، Orback، ١٩٧٩) فقدان الشهية العصبى لدى الإناث أو السيدات إلى محاولة المرأة المنافسة مع الرجل فى مجال العمل باستمرار وتعدد أدوارها الإجتماعية مما خلق نوعاً من الصراع النفسى لدى الإناث يظهر فى رفضهن الطعام أو إهماله (أدريان فورينهام وآخرون. Furnham. A. et al، ١٩٩٢).

٥ - النظرية الفسيولوجية للمراهق : Physiology of Adolescent
وتتضمن التغيرات الفسيولوجية لكل من الإناث والذكور ومايترتب عليها من صراعات نفسية فى هذه المرحلة يكون ناتجها رفض الطعام وخصوصاً لدى الإناث (كرسبى وآخرون، ١٩٨٢) .

هذه النظريات العلمية النفسية الخمسة قدمت فى مجموعها الجوانب المختلفة لأسباب فقدان الشهية العصبى ولذلك قام (فورينهام) باستخلاص نظرية عن

الإعتقادات والآراء من وجهة نظر الحالات ووجد أنها تعكس كل هذه النظريات مجتمعة ولكن بأسلوب مختلف وتشمل نظرية (فورينهام) ثلاثة أقسام هى:

القسم الأول: الإعتقادات العامة : G. B

وتتضمن ٦ عوامل هى :

١ - العامل الأول وهو ماأسماه بالبداية (Onset) وهو خاص بالعمر الزمنى الذى يبدأ فيه الإضطراب والحالة المزاجية والنفسية المصاحبه .

٢ - العامل الثانى: صورة الذات Self-image ويشرح فيه كيف يشعر ذوى فقدان الشهية نحو أنفسهم وأجسامهم .

٣ - العامل الثالث: الوصفى لفاقدى الشهية وبخاصة الطبقة الإجتماعية وتاريخ الإحباطات أو الفشل السابق المدرك فى الحياة والوزن قبل فقد الشهية .

٤ - العامل الرابع: ويعكس أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بهما .

٥ - العامل الخامس: يوضح أن خصائص شخصية فاقدى الشهية تتميز بالوساوس القهرية .

٦ - العامل السادس: ويعكس الإنكارالبرانوى وهو يعكس ميول فاقدى الشهية نحو إنكار الطعام والجوع ويعتبر بارنوى من حيث ضبط هذه العملية .

القسم الثانى: الإعتقادات عن الأسباب Beliefs About Causes:

ويشمل ستة عوامل هى :

١ - الأسرة والعلاقات بينها وتكوينها .

٢ - الضبط الإجتماعى والنفسى .

٣ - التغيير .

٤ - التناقض .

وبنوده مشبعة بالتعامل مع الصراع الذى يعانيه فاقدات الشهية كنتيجة لمتطلبات المجتمع التقليدى لأدوار المرأة والتعارض بين أهداف مرحلة الرشد ومتطلباتها التقليدية .

٥ - ثورة أو عصيان.

وتشمل عدم الرضا عن حياته. والتمرد على مايحيط بالفرد .

٦ - انعدام الطمأنينة .

وهو نتيجة النبذ والعدائية فى العلاقات وعدم توفر العلاقات الودية .

القسم الثالث: الإعتقادات حول إمكانية العلاج والتحسن :

Beliefs About Cure

ويشمل خمسة عوامل هى :

١ - الخضوع . Authoritarian

وهو إمكانية إخضاع الفرد للآراء والمبادئ مثل خضوعه لأوامر الطبيب المعالج .

٢ - قيمة الذات : Self. Worth

ويقصد به شعور الفرد بقيمته الشخصية .

٣ - معالجة المشكلة : Coping .

ويشمل كيفية التعامل مع المشاكل اليومية ويعتبر الضبط والتحكم فى عملية الأكل هو الإستراتيجية الوحيدة لمواجهة هذه المشاكل .

٤ - العامل الفسيولوجى Physiological F

الإعتقاد فى نجاح العلاج الهورمونى طالما كانت عملية الوزن فى زيادة .

٥ - مصادرة الصراع : Conflict Reconciliation

يمثل الإعتقادات حول إمكانية العلاج بالتخلص من الصراع ومصادرة مصادره .

وقد أكد كل من (ليفين وجفرى، Levin & Jeffery، ١٩٨٩) .

على ضرورة الإهتمام بالإتجاه السيكودينامى فى دراسة شخصية ذوات فقدان الشهية العصبى وأيضاً الإعتقاد لدى السويات مقارنة بتلك الفئة وذلك للبحث عن أسباب الإضطراب .

وأشار (فورينهام، ١٩٩٣) إلى ضرورة دراسة الإتجاهات والإعتقادات حول أسباب الإضطراب من وجهة نظر الحالات السوية كما أن الأبحاث فى مجال الآراء والمعتقدات كجانب معرفى نادرة .

وأشار (ليدى فيليبس ، .Philips, L، ١٩٩٣) إلى ضرورة دراسة الأبعاد السلوكية والإتجاهية للمراهقات نحو اضطراب فقدان الشهية العصى. ووضع ذلك سابقاً فى تكوين المعتقدات الخاطئة حول المعايير الصحية لوزن الجسم وتكوينه .

وتكمن خطورة فقدان الشهية العصبى بارتباطه مع مجموعة اضطرابات عصابية مختلفة مثل القلق والإكتئاب والوساوس القهرية مثل دراسة (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٣) وأحياناً يتزامن ويتداخل تشخيص الحالات مع كل منهما .

١ - درجة رفض الطعام اعلى من حالات فقد الشهية Anorexia .

٢ - فقد الوزن بدرجة أعلى .

٣ - انقطاع الطمث أو احتباسه Amenorhea

وانخفاض ضغط الدم وبرودة الأطراف ويتميز عن مرضى الغدة النخامية

بزيادة ملحوظة فى درجة الطاقة . ويتحول إلى حالة مزمنة فى(٥٠٪) من الحالات وتصل نسبة الوفاة إلى (١٥٪) من هذا الإضطراب .

وضع (روسيل. Russel، ١٩٧٩) عدة شروط لتشخيص فقدان الشهية العصبى ومنها :

١ - يحدد فقدان الشهية العصبى بنقص الوزن بنسبة (٢٥٪) من الوزن السابق .

٢ - ينتج فقدان الشهية من تقييد الفرد لذاته عن الطعام.

٣ - وجود اضطراب فى اتجاهات واعتقادات الفرد نحو حجم الجسم ووزنه ووظيفة الطعام .

٤ - يحتبس الطمث وأحياناً يتوقف ويضطرب إفراز الهورمونات .

ويرى (بيتر سلاد، ١٩٩) أن فقدان الشهية العصبى هو اضطراب ثانوى للوصول إلى التكيف وكناتج عام لمجموعة من المشاكل والخصائص السيكولوجية المميزة لذوى فقدان الشهية العصبى.

ولقد حددها (بيتر سلاد) فى نموذجه المعروف المستخدم فى البحث الحالى بنموذج التحليل الوظيفى ويقاس بمقياسه (SCANS) بمقاييسه الفرعية الثلاث .

وورد فقدان الشهية العصبى فى دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية (DSM III) ضمن مجموعة اضطرابات الأكل نفسية المنشأ. أى ضمن الأمراض السيكوسوماتية .

الأبعاد السلوكية :

الأبعاد السلوكية عند (بيتر سلاد) فى نموذجه تعنى خصائص تميز حالات فقدان الشهية العصبى عن غيرهم وديناميكياً بمثابة الأسباب الكامنة وراء هذا الإضطراب وهى :

أ - *عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات :*

تنشأ حالة عدم الرضا العام بالحياة والذات من اتحاد عدد من العوامل ذات طبيعة تطورية وبيئية وهذه العوامل هى:

- صراعات المراهقة حيث تلعب الدور الرئيسى لدى الغالبية العظمى من حالات فقدان الشهية العصبى منها صراع (الاستقلالية - الإعتمادية) .
- العلاقات بين الشخصية وبخاصة مع الجنس المخالف .
- الضغوط وخبرات الفشل فى الأداء أو الإختبارات أو الفشل فى إقامة علاقات شخصية متميزة والفشل ى إنجاز هدف محدد .

ويعتبر ذوو الضغوط الإنجازية التحصيلية على قمة قائمة الأسباب المكثفة لفقدان الشهية العصبى .

ب - *الميول الكمالية : Perfectionism Tendancies*

وهى الرغبة فى تبنى مستويات عالية من الكمال وأحياناً تكون غير واقعية ويصعب تحقيقها. والفرد الكمالى السوى هو الذى ينظر إلى عمله ومجهوده بقدره الحقيقى ويشتق السعادة من الجهود والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير الذات أى أن شعوره بالسعادة يتناسب مع أدائه .

والفرد الكمالى العصابى هو الذى ينظر إلى مجهوداته وأعماله دائماً على أنها غير جيدة بالقدر الكافى على الرغم من جودة هذا الأداء ويضع لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها. وهو غير قادر على الشعور بالرضا ويضخم الأخطاء واهتمامه بنقد الآباء والأمهات والشك فى قدرته على الأداء الجيد أو التصرف فى بعض المشكلات .

جـ - *الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم مواقف الحياة والنجاح الكامل فى أحد المجالات :*

الدمج بين مسببات عدم الرضا العام بالحياة والذات والميول الكمالية اقترح (سلاد) أن مثل هذه الخبرات الفردية تحتاج إلى الضبط المطلق لبعض مفاهيم الحياة الخاصة بهذه الحالات أو الوصول إلى النجاح الكامل فى أحد المجالات على الأقل. والمجال الوحيد الذى يمكن للفرد فيه ظهور عملية الضبط الذاتى والتحكم هو ضبط الوظائف الجسدية مثل ضبط ساعات النوم والطعام والدوافع الجنسية وأمام العجز عن ضبط الخارج فى مجالات أخرى لتعقد المتغيرات المرتبطة بها يلجأ الفرد إلى ضبط هذه الوظائف الجسدية والبيولوجية ومن أهمها عملية الأكل .

بعد الاطلاع على العديد من الأبحاث فى مجال اضطرابات الأكل وبخاصة فقدان الشهية العصبى لدى الإناث تم تصنيف تلك الدراسات

أولاً: دراسات خاصة بفقدان الشهية العصبى وعلاقته بمتغيرات أخرى.

* **دراسة (هيرزوج . Herzog، ١٩٨٢)**

أجرى مقابلة شخصية متعمقة لحوالى (٣٠) حالة تعانى من فقدان الشهية العصبى ووجد أن (٧٥٪) من بين هذه الحالات تعانى من الإكتئاب الأساسى (Major Depression)

* **دراسة (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٣)**

تناولت فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية مثل

الإكتئاب والقلق والوساوس القهرية وأجريت الدراسة على طالبات الجامعة وتوصلت إلى وجود عامل عام لفقد الشهية العصبى والإضطرابات العصابية .

* دراسة (سوزان ميتزان Susan, M، ١٩٩٤)

وجدت علاقة بين اضطرابات الأكل كما تقاس بمقياس (SCANS) المستخدم فى البحث الحالى وأظهرت قدرة المقياس على تميز فئة فقدان الشهية العصبى عن السويات وأيضاً عن بقية الإضطرابات الأخرى .

ومن الدراسات السابقة والخلفية النظرية يتضح - ارتباط فقدان الشهية العصبى بكل من الخوف من السمنة وزيادة الوزن والقلق والتوتر والوساوس القهرية والكمالية والإكتئاب ومن الصعب الحسم أيهما يسبق فى حدوثه الآخر أو أيهما السبب أو النتيجة .

ثانياً: دراسات خاصة بالمؤثرات الأسرية والحضارية والبيولوجية :

* دراسة (بريانت وآخرون، Bryant et al، ١٩٩١).

وهى دراسة كلينيكية لأربع حالات من الإناث الآسيويات اللاتى يقيمن فى بريطانيا أى يعيشن فى ثقافة مخالفة وهى الثقافة الغربية فى عمر زمنى يتراوح بين (١٣ - ١٤) سنة وأظهرت الدراسة أثر الصراعات الإجتماعية والثقافية فى ظهور اضطرابات الأكل وخصوصاً فقدان الشهية العصبى. ولفتت الأنظار إلى أهمية دراسة فقدان الشهية العصبى لدى الأطفال من البداية قبل مرحلة البلوغ .

* قام (سنج لى Lee, Sing.، ١٩٩١) بدراستين فى هذا المجال إحداهما عن فقدان لشهية العصبى لدى الإناث فى الهند والصين، وذلك لتوضيح دور العادات والإتجاهات والإعتقادات لدى الأفراد نحو الطعام ونظام الأكل وشكل الجسم لإظهار أثرهم على ظهور فقدان الشهية لدى الإناث .

وتوصلت الدراسة إلى وجود اختلافات واضحة فى هذه المتغيرات وكذلك أكد أنها تختلف من مجتمع لآخر. ودراسة أخرى أجراها على الإناث فى عمر زمنى من (١٦ - ١٨) سنة من الصين يعانين من فقدان الشهية العصبى وأظهرت الدراسة قصوراً فى المفاهيم الخاصة بالغذاء، وعلاقته بالأمراض المختلفة الأخرى. مثل علاقة زيادة الوزن بالكثير من الأمراض المزمنة الجلدية مثل حب الشباب بالإضافة إلى بعض الآراء والمعتقدات الخاطئة عن تكوين الشخصية وعلاقته بالجاذبية الجسدية من حيث تكوين شكل الجسم ووزنه .

وأعزى فقدان الوزن وضبطه إلى قصور فى تكوين بعض المفاهيم المميزة لشخصياتهن. وأيضاً القصور فى معتقداتهن حول إمكانية العلاج والتحسن .

* دراسة (ماريا راستام وآخرون Rastam, Maria. et al، ١٩٩١)
عن الأسرة فى حالات فقدان الشهية العصبى وتمت المقارنة بين مجموعة من مريضات (٥١) بفقدان الشهية العصبى ، (٥١) غير مريضة بمتوسط عمر زمنى (١٦ر٢) سنة ولم تصل إلى تكوين أسرى خاص بأسر مريضات فقدان الشهية العصبى ولكن وجد أن أسر مريضات فقدان اشهية العصبى بها مشكلات نفسية بارزة بين أفرادها وبعض الحالات تعانى الأم من الإكتئاب البارز (MD) .

* دراسة (كاثلين بايك وآخرون Pike, Kathleen. et al ١٩٩١):
عن دور الأم من حيث اتجاهاتها وسلوكها تجاه اضطراب الأكل لدى بناتهن المراهقات وتمت المقارنة بين الأمهات اللاتى تعانى بناتهن من اضطراب فقدان الشهية العصبى مع أمهات تعانى بناتهن من اضطرابات أكل أخرى وأكدت الدراسة أن هناك اختلال فى تكوين اتجاهات ومعتقدات الأمهات تجاه نوعية الأكل ونظامه فى حالات فقدان الشهية العصبى .

* دراسة (داليد جيمرسون وآخرون Jemerson, D., et al، ١٩٩١)
عن دور السيروتونين فى حدوث اضطرابات الأكل وتوصلت الدراسة إلى أن بداية حدوث فقدان لشهية العصبى (AN) معقد ويرجع إلى عدم الإنتظام فى الجهاز العصبى الناقل وبرهن على أن النقص فى السيروتونين يساهم فى حدث إضطرابات الأكل .

* دراسة (رولاند نيل، Neil Rowland, ١٩٩١) :
عن دور العوامل البيولوجية فى حدوث فقدان الشهية العصبى. وقام بمراجعة العمليات السيكوبيولوجية الكامنة وراء تخزين الطعام كما هو فى الشره للطعام العصبى (Bulimia nervosa) أو كما هو فى حالات فقدان الشهية العصبى (AN) ودور الهيبوثلامس فى عملية التمثيل الغذائى فجانبى الهيبوثلامس ربما يكونان غير متعادلين من حيث الوظيفة فى علاقتهما بالتمثيل الغذائى .

ثالثاً : دراسات خاصة ببعض متغيرات الشخصية لدى حالات فقدان الشهية الصبى :

* دراسة (بيتر سلاد وآخرون. Slade. P. et al. ١٩٩٠).
عن الفروق بين ثلاث مجموعات (٣٩) حالة تعانى من فقدان لشهية العصبى من طالبات الجامعة، (٣٥) حالة تعانى من الشره الطعام مع تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى، (٣٢) حالة بدون تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى.

وأسفرت نتائجها إلى عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث على مقياس (SCANS) بمقاييسه الفرعية الثلاث وهذا يوضح مدى الترابط بين فقدان الشهية العصبى والشره للطعام فى المقاييس الفرعية الثلاثة لهذا المقياس .

*دراسة (فيليبس ليدلى وآخرون Leadelle, Phelips.et al ،١٩٩٣)

عن الأبعاد السلوكية والمعرفية لدى المراهقات ذوات فقدان الشهية العصبى والسويات وطبق قائمة اضطرابات الأكل (EDI) Eating Disorders Inventory على عينة غير مرضية (١٢٢) من الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (١٢ - ١٨) سنة ووجد أن (٣٠٪) من الحالات فى مستوى الوزن غير الطبيعى، (٤٪) من الحالات فى حالة مرضية خطيرة نتيجة للنقص الزائد فى الوزن. وأظهرت الدراسة عوامل خاصة بشخصية ذوات فقدان لشهية العصبى مثل المعاناة من الضغوط النفسية. وكيفية التحكم فى نوبات الغضب والشعور بالأمن النفسى وصورة الجسد والخوف الزائد من السمنة ليحصلن على الجاذبية الجسدية والإجتماعية فى المحيطين بهن ووضع مستويات غير واقعية يصعب تحقيقها ويمثل ذلك عامل الكمالية العصابية (NP) .هذا العامل الأخير له مقياس فرعى من مقياس (SCANS)

(١) مقياس سلوكيات فقدان لشهية العصبى :

Setting Condition of Anorexia Nervosa: -

تأليف (بيتر سلاد وديوى. Slade, P & Dewey، ١٩٩١) *

شمل هذا المقياس فى صورتة الأولية (١٩٨٦) مقياسين فرعيين هما الميول الكمالية وعدم الرضا العام وبعد العديد من الدراسات تمكن (بيتر سلاد وديوى، ١٩٩١) من استخراج مقياس آخر وهو الضبط والتحكم فى سلوكيات الفرد وبذلك أصبح المقياس مشتملاً على ثلاثة مقاييس فرعية وهى :

مقياس الميول الكمالية، عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات، الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة .

ويشتمل المقياس على (٢٢) بنداً من بينهم (٨) بنود لقياس الكمالية، (٨) لقياس عدم الرضا العام، (٦) لقياس الضبط والسيطرة .

وقدمه (بيتر سلاد وديوى، ١٩٩١) بعد المقابلات الكلينيكية المتعمقة لحوالى (١٢٧٠) حالة على مدار سنوات طويلة. كما قدم نموذجه المعروف بالتحليل الوظيفى. ويتميز هذا المقياس بقياسه للخصائص السلوكية الديناميكية للشخصية واعتبارها بمثابة أسباب للإضطراب .

إعداد المقياس وتقنينه :

تعريب المقياس بأسلوب مبسط يصلح للمجتمع المصرى وتم تطبيقه على طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ فى الفصل الدراسى الأول يصل عددهن إلى (٦٨٢) طالبه بمتوسط عمر زمنى (١٧٫٦٧) سنة وتم استخراج المتوسطات والإنحرافات المعيارية لكل من الدرجة الكلية للمقياس والمقاييس الفرعية الثلاثة :

جدول رقم (١)

المتوسطات والإنحرافات المعيارية لطالبات السنة الأولى بكلية التربية على مقياس (SCANS)

ن=٦٨٢	الدرجة الكلية	الميول الكمالية	عدم الرضا العام	الحاجة للضبط	العمر الزمنى
م	٦٧٫٨	٢٨٫٨٤	١٩٫٥٦	١٩٫٣٦	١٧٫٣
ع	١٦٫٥	٧٫٨	٤٫٧	٤٫٥	٣٫٢

* **وتم حساب ثبات المقياس كالتالى :**

(أ) بإعادة تطبيقه بعد شهر على مجموعة من الطالبات (١١٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ووجد أن معامل الثبات للدرجة الكلية (٨٥ر) ولمقياس الميول الكمالية (٧٨ر) ولمقياس الحاجة للضبط (٧٥ر) ولمقياس عدم الرضا العام (٨٢ر) .

(ب) بالإتساق الداخلى للمقياس بإيجاد معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية والمقاييس الفرعية الثلاث كما هو موضح بالجدول رقم (٢) .

جدول رقم (٢)

معاملات الإرتباط بين مكونات مقياس (SCANS)

	الدرجة الكلية	الميول الكمالية	عدم الرضا العام	الحاجة للضبط
الدرجة الكلية	-			
الميول الكمالية	٨٢ر	-		
عدم الرضا العام	٧٥ر	٨٧ر	-	
الحاجة للضبط	٦٨ر	٩٠ر	٦٧ر	-

- الصدق :

تم حساب الصدق للمقياس باستخدام مقياس آخر وهو قائمة كورنيل للشخصية وتم استخراج معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على قائمة كورنيل للشخصية والدرجة الكلية على هذا المقياس. ومعاملات الارتباط بينها موجبة ودالة عند مستوى (٠١ر كما هو موضح بالجدول رقم(٣) .

جدول رقم (٣)

معاملات الارتباط بين مقياس SCANS ومقاييسه الفرعية الثلاث والدرجة الكلية على قائمة كورنيل للشخصية

ن=١١٠	الدرجة الكلية	عدم الرضا العام	الميول الكمالية	الحاجة للضبط
قائمة كورنيل للشخصية	٦٩٦ر	٧٢ر	٦٨ر	٦٩ر

(٢) مقياس الاعتقادات العامة لفقدان الشهية العصبى :

Beliefs About Anorexia Nervosa Scale (BANS)

تأليف (أدريان فورينهام Furnham, A)

وقدمه (فورينهام) بناء على نظريته الوضعية فى فقدان الشهية العصبى ويشتمل هذا المقياس على (١٠٥) بنداً موزعة على (٣) أقسام رئيسية أى يشتمل كل قسم على (٣٥) بنداً .

القسم الأول:

الإعتقادات العامة حول خصائص شخصية ذوات فقدان الشهية العصبي ويتضمن (٦) عوامل تم شرحها فى الخلفية النظرية لهذا البحث

القسم الثانى:

الإعتقادات فى الأسباب المسئولة عن هذا الإضطراب ويتضمن (٤) عوامل.

القسم الثالث : (٣٥ بنداً) .

الإعتقدات فى إمكانية العلاج والتحسن (٣٥) بنداً .

ووضع هذا المقياس (أدريان فورنهام، ١٩٩١) بتحليله لخمس نظريات علمية عن أسباب فقدان الشهية العصبى كل منهما تقدم وجهة نظر مختلفة عن الأخرى بالإضافة إلى المقابلات الكلينيكية للعديد من الحالات ويتميز هذا الاستبيان بقياسه لآراء واعتقادات الحالات السوية والحالات المضطربة. أى يقيس البعد المعرفى والإتجاهى نحو هذا الإضطراب تم تعريب هذا المقياس ثم إعداده وتقنينه على طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ (١٩) طالبة بمتوسط عمر زمنى (٣٥ر١٧) سنة وتم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية للأقسام الثلاثة للمقياس كما هو موضح بالجدول رقم (٤) .

جدول رقم (٤)

المتوسطات والإنحرافات المعيارية لدى طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ على مقياس (BANS)

ن=١٩٠ طالبة	القسم الأول	القسم الثانى	القسم الثالث
م	٣٦ر١٣٢	٨ر١٤١	٢٢ر١٦٠
ع	٧ر٢٢	١ر٢٥	٣٥ر٢٦

الثبات :

تم حساب ثبات المقياس كالتالى :

(١) بإعادة تطبيقه بعد شهر على مجموعة (٨٠) طالبة من السنة الأولى شعبة رياض أطفال ومعاملات الثبات للأقسام الثلاثة بالترتيب هى: (٨٥ر)، (٨٧ر)، (٨١ر) .

(٢) حساب الإتساق الداخلى للمقياس وذلك بإيجاد معاملات الإرتباط بين الأقسام الثلاثة الفرعية للمقياس وذلك موضح بجدول رقم (٥) .

جدول رقم (٥)

معاملات الإرتباط بين المقاييس الفرعية الثلاث لمقياس (BANS)

	القسم الأول	القسم الثانى	القسم الثالث
القسم الأول	-		
القسم الثانى	٧٩ر	-	
القسم الثالث	٨٢ر	٧١ر	-

وجميعها معاملات ارتباط دالة عند مستوى ١٠ر وتوضح مدى مايتميز به المقياس من اتساق وترابط بين مقاييسه الفرعية الثلاث .

وتم حساب الصدق للمقياس بحساب الفروق بين متوسطات أعلى وأقل الدرجات على المقاييس الفرعية الثلاث (أى بطريقة المقارنة الطرفية) كما هو موضح فى جدول (٦) .

جدول رقم (٦)

الفروق بين متوسطات أعلى الدرجات من الطالبات (٤٥ طالبة) وأقل الدرجات على مقياس (BSNS) بمقاييسه الفرعية الثلاثة

	القسم الأول			القسم الثانى			القسم الثالث		
	م	ع	ت	م	ع	ت	م	ع	ت
أعلى الدرجات ن=٤٥	١٤١ر٢	٢٤ر١	٢ر٩٥**	١٥٢ر٧	٢٦ر٢	٤ر٢٢**	١٧٠ر٣	٢٧ر١	٥ر٤**
أقل الدرجات ن = ٤٥	١ر٢٧	٢١ر٥		١٢ر٦	٢٢		١٤١ر١	٢٤ر٢	

** دالة عند مستوى ٠٠٥ر لصالح أعلى الدرجات .

نموذج «بيترسلاد» التحليلي الوظيفي لفقدان الشهية العصبي

أقدم هنا اطاراً ملخصاًللتصور الذى وضعه (بيترسلاد Peter Slade) المشتق من ملاحظاته الكلينيكية ونتائج أبحاثه ثم الدمج بينهما ومحاولة تحليلهم وظيفياً. والنموذج يوضح خطوات للتطوير فى موضوع فقدان الشهية العصبى فى اصطلاحات وضعت على هيئة افتراضية للعوامل المحدثة والمتغيرات ومع استمرارهما فى وجود المعززات السالبة والموجبة. بخاصة افتراض أن السلوك الإطعامى الأولى ناتج من المثير النفسى الإجتماعى اللاشعورى وفى سياق الشروط والحالات الثابتة البارزة يزيد الاستعداد نحو ضبط الذات والضبط الجسدى بالذات وبالتالى إلى أسلوب الأكل غير الناجح والذى يؤدى إلى إزدياد تأثره بعواقبه والتى تؤدى ببطئ إلى فقدان الشهية العصبى ، فى هذا النموذج يعتبر فقد الشهية محاولة استراتيجية تكيفية وتأخذ قيمة وظيفية للفرد .

وتم وصف الشروط الثابتة المسئولة فى حياة الأفراد الحالية ومواقف الحياة بالمثل تم وضع نموذج لحدوث الشره العصبى للطعام. ونوضح هنا النموذج الخاص بفقدان الشهية العصبى وبه وصف لكل الشروط الثابتة والعوامل والضغوط البيئية والبيولوجية المسببة لفقد الشهية ومسارها فى صورة تخطيطية مع تقديم الخلفية النظرية والعلاجية المناسبة .

فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa

يعنى فقد الشهية من أصل عصبى وعموماً يعرف بأنه اضطراب سيكوسوماتى للأسباب الآتية :

- الغالبية من مرضى فقدان الشهية لم يفقدوا الشهية بسبب مرضى ولكن لخبره سلوكية ضاغطة وتم الحصول على الكثير من الخبرات المؤيدة لذلك .
- يحمل الاصطلاح انطباعاً أن مخزون الطعام منخفض ويتبعه انخفاض فى الوزن كنتيجة لانخفاض الشهية .
- تقدم الملاحظة الكلينيكية اقتراحاً أنه من المحتمل تكوين مفاهيم خاطئة عن عادات الأكل والوزن مما يجعلهم يغيروا من الطبيعة الغرضية للسلوك الغذائى .

ويعطى الاصطلاح انطباعاً عاماً أن هذه الحالة تم تصنيفها ضمن فئة اضطرابات الأكل بالإضافة إلى ارتباطها مع مشاكل سيولوچية مختلفة .

والهدف الرئيسى من هذه المقالة هو توضيح الأطر الخاصة بالنموذج الوظيفى لفقدان الشهية ويتضح من هذا النموذج أن مشكلة الأكل ليست اضطراباً أولياً ولكن اضطراباً ثانوياً للوصول إلى التكيف وكنتائج لمجموعة عامة من المشاكل السيكولوچية .

ويوجد حديثاً مجموعة من المعايير الإجرائية التشخيصية ومنها سن حدوث فقد الشهية العصبى. ويحدث فى مرحلة المراهقة. ويحدد فقدان الشهية بنقص الوزن بنسبة (٢٥٪) من الوزن السابق. وتم وضع ستة معايير للحكم على الاضطراب. وتحدد بوجوب مظهرين على الأقل من المظاهر الستة .

ولقد وضع (روسيل Russel ، ١٩٧٠) التشخيص التالى:

١ - ينتج فقد الشهية كنتيجة لتقييد الفرد لذاته عن الطعام (Self - imposed) .

٢ - يحتبس الطمث لدى الإناث وأحياناً تتوقف الدورة الشهرية ويضطرب إفراز الهرمونات مع الغدد اللاقنوية للذكور .

٣ - وجود اضطراب نوعى فى اتجاهات المريض نحو حجم الجسم وشكله ووزنه ووظيفة الطعام .

وافترض (روسيل ، ١٩٧٩) وجود فئة منفصلة أطلق عليها الشرة العصبى (Bulimia Nervosa) ووضع لها ثلاثة معايير لتحديدها كفئة مستقلة :

١ - دافع قوى لايقاوم لزيادة الإطعام متعاقب مع مشاعر الجوع الشديد .

٢ - المحاولة لتجنب الزيادة فى الوزن بالحث الذاتى على القيئ أو الاستخدام المزمن للمسهلات .

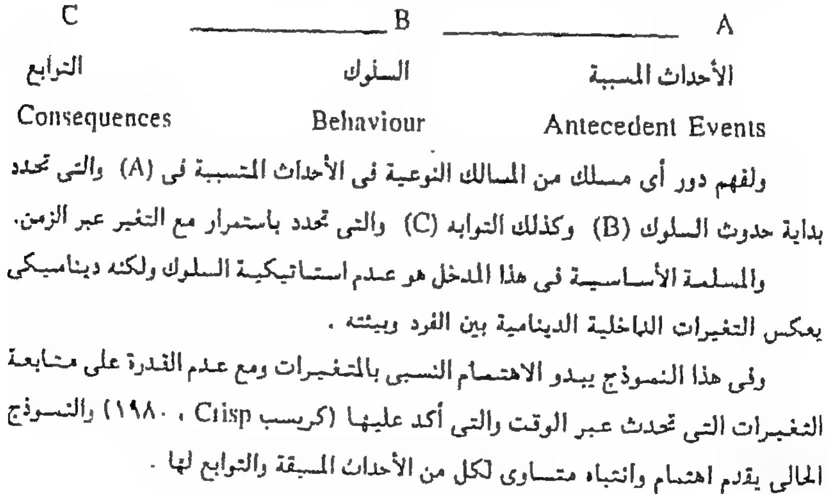
٣ - الخوف الشديد من الاستمرار فى زيادة الوزن نظراً للدفاع القوى للأكل، ويجمع المعلومات من مرضى فقد الشهية العصبى (٣٠) حالة لم يظهر معيار أساسى تميز مرضى فقد الشهية العصبى لدى (٢٠٪) من بينهم بينما لم يظهر أيضاً (٦٧٪) احتباس للدورة الشهرية وبذلك تظهر النتائج التى توصل لها «روسيل» أن فئة الشره العصبى لاتعتبر منفصلة حيث أظهرت الحالات ذات الشره العصبى (٥٧٪) منهم تاريخ سابق لفقدان الشهية، (٢٠٪) ليس لهم تاريخ سابق من فقد الشهية والباقى لديهم مشكلات وأسرار في تاريخهم الماضى لم يظهروها .

وفى النموذج الحالى (نموذج بيترسلاد) اصطلح على تناول الصيغة الحرفية والتحليل الوظيفى لكل فئة منفصلة .

الصيغة الحرفية للتحليل الوظيفى: The functionalanalysis Paradigm

اصطلاح التحليل الوظيفى مستعار من العلوم الفيزيقية والبيولوجية. واستخدم لوصف الشكل والعلاقة الرياضية بين المتغيرات وتحديدها، وتحدد القيمة الوظيفية لأى متغير من خلال النظام البيولوجى. وفى مجال التحليل السلوكى التطبيقى استخدم هذا الاصطلاح كثيراً فى وصف العلاقات الوظيفية الوجدانية والسلوكية والقيمة الوظيفية لأى جزء من السلوك للعضو .

وكتخطيط عام للتحليل الوظيفى ينظر إلى السلوك الحالى كوظيفة لمجموعتين من المتغيرات تسمى الأحداث المسببة Antecedent events والتى تشتمل على الحالات أو التشريطات الثابتة والمثيرات المتميزة. والنواتج (التوابع) Consequecces وتشتمل على طبيعة التدعيم وتاريخ التدعيم ونموذج التدعيم والتخطيط كالتالى :



ولفهم دور أى مسلك من المسالك النوعية فى الأحداث المتسببة فى (A) والتى تحدد بداية حدوث السلوك (B) وكذلك التوابع (C) والتى تحدد باستمرار مع التغير عبر الزمن.

والمسلمة الأساسية فى هذا المدخل هو عدم استاتيكية السلوك ولكنه ديناميكى يعكس التغيرات الداخلية الدينامية بين الفرد وبيئته .

وفى هذا النموذج يبدو الاهتمام النسبى بالمتغيرات ومع عدم القدرة على متابعة التغيرات التى تحدث عبر الوقت والتى أكد عليها (كريسب Crisp ، ١٩٨٠) والنموذج الحالى يقدم اهتمام وانتباه متساوى لكل من الأحداث المسبقة والتوابع لها .

النموذج : The Momdel

يحتوى النموذج على الخطوط الرئيسية لتطور فقدان الشهية العصبى وبالأخص الحالات الثابتة الضرورية التى تسبب الإضطراب فى نمط التغذية الأولية وفقد الوزن وهى فى

الغالب مثيرات نفسية اجتماعية وإذا تم التحكم وضبط السلوك الغذائى ونجح الفرد فى ذلك وشعر بالنجاح لكونه قادر على عملية الإنضباط وشعر أيضاً بالرضا وسلبياً من خلال الخوف من زيادة الوزن وتجنب مشكلات أخرى. والتعزيزات السالبة أو الموجبة تحدث من ضبط التغذية والوزن بطريقة كافية وقوية للتأكيد على تأثير السلوك وإذا كانت زائدة سوف تؤدى إلى طريقة تغذية شاذة . ومع التتابع تزداد عملية التعزيز لكلا النمطين الموجب والسالب. ويقترح هذا النموذج أن توابع التغذية للأفراد فى شكل سواء الموجب أو السالب للتغذية الرجعية والتى تؤدى ببطئ إلى النقل من السلوك فى الشكل الأولى للإطعام إلى الدورة الباثولوجية لاضطراب الأكل .

ونقدم هنا شرحاً تفصيلياً لكل مفاهيم النموذج :

أولاً : الأحداث المسببة :

المتغيرات المسببة لتطور فقدان الشهية العصبى افترضت فى نمطين فى هذا النموذج (الحالات الثابتة) والمثير النفسى الاجتماعى النوعى والحالات الثابتة تتضمن بعدين أساسين هما عدم الرضا العام بالحياة والذات والتقدير الذاتى المنخفض والميول والكمالية .

أ - عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات :

وحالة عدم الرضا العام بالحياة والذات تنشأ من اتحاد عدد من العوامل ذات طبيعة تطورية وبيئية. وتنشأ من عوامل ثلاث وهى:

* تلعب صراعات المراهقة الدور الرئيسى للغالبية العظمى من المراهقات اللاتى يعانين من فقدان الشهية العصبى بعد البلوغ ودور صراعات المراهقة أخذت الاهتمام وتم مناقشتها فى الكثير من الأبحاث السيكولوجية أمثال (بروش Bruch، ١٩٧٤)، (كرسب Crisp، ١٩٨٠) .

وصراع (الاستقلالية - الاعتمادية) أهم صراعات المراهقة حيث الانتقال من الاعتمادية الكاملة فى الطفولة إلى الاستقلالية. وربما تمر هذه المشكلة بسلام لدى غالبية المراهقين والمراهقات. ولكن إذا اقترنت بمشاكل خاصة بالأسرة وبنيتها وعلاقاتها مثل المشاكل الزواجية للآباء .

وسجل كثير من الباحثين إزدياد صراع (الاستقلالية - الاعتمادية) بين المراهقين وأسرهم إذا كان هناك اضطراب فى تكوين الأسرة أمثال . (كاليوس وآخرون Kallucy et al ، ١٩٧٧)، (مينوكن وآخرون Minachin et al ١٩٧٨) وافترضوا أن

صراع الاستقلالية - الاعتمادية الأكثر شيوعاً بين المراهقين وبالأخص المراهقات فاقدات الشهية وتعتبر بمثابة الشرط الثابت المؤسس لعدم الرضا العام بالحياة أو الذات .

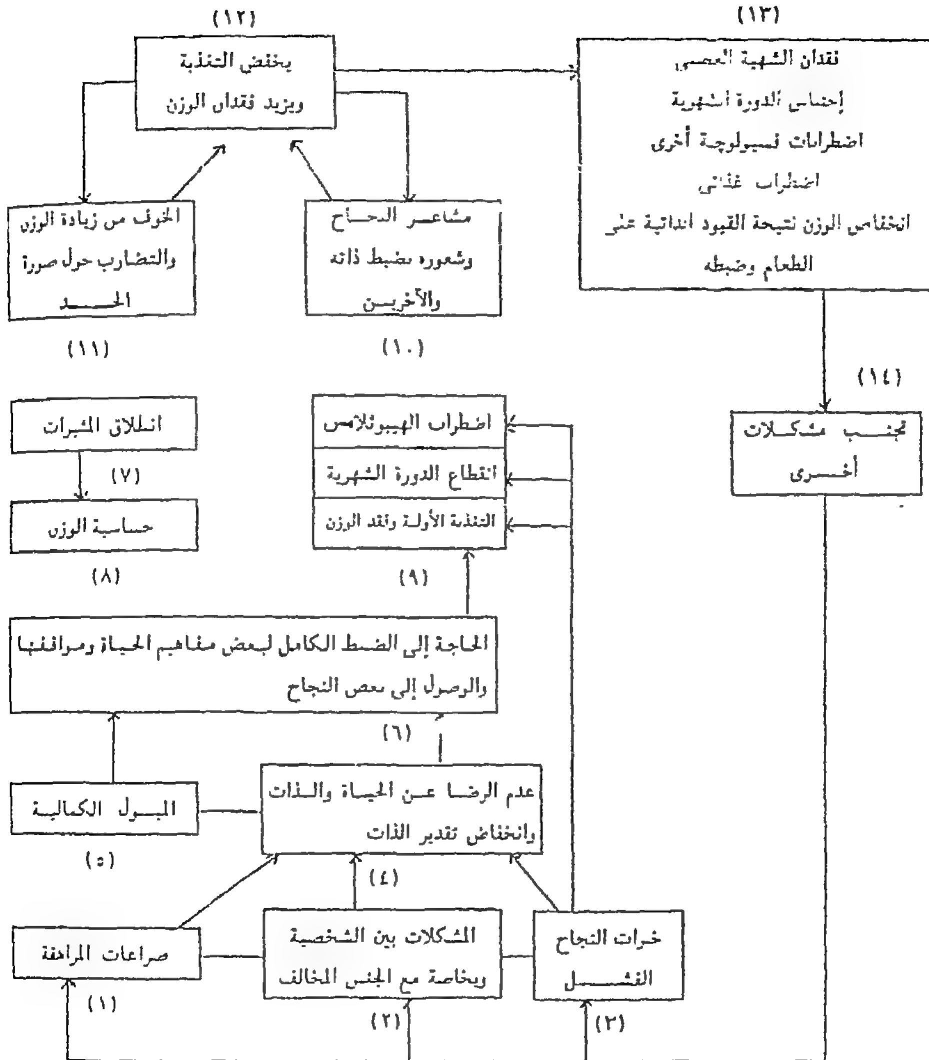
وأيضاً وجد (هاملتون . Hamilton، ١٩٨٠) أن أكثر الصراعات وجوداً لدى فاقدى الشهية - أكثر منه لدى الحالات السوية والحالات السيكاترية الأخرى .

* والعامل الثانى الذى افترض أنه يسهم فى عدم الرضا العام عن الحياة هو فى العلاقات بين الشخصية وبخاصة مع الجنس المخالف ووجد أن الانطواء الإجتماعى والقلق الاجتماعى بين فاقدى الشهية ثم استخراجها من عديد من الدراسات مثل دراسة (مورجان وروسيل Morgan & Russel، ١٩٧٥) .

* والعامل الثالث الذى افترض أنه يسهم فى الشروط المؤدية إلى عدم الرضا عن الحياة والذات هو الضغوط وخبرات النجاح والفشل فى الأداء أو الاختبارات أو الفشل فى إقامة علاقات شخصية متميزة والفشل فى إنجاز الهدف المحدد . ويعتبر دور الضغوط الإنجازية التحصيلية الأكاديمية على قمة قائمة الأسباب الممكنة لفقدان الشهية العصبى مثل دراسة (دالى وجوميز Dally & Gomez، ١٩٧٩) ولاحظا أن (٥٣٪) حدث لهم فى سن (١١ - ١٤ سنة) فقدان الشهية وكانوا متفوقين دراسياً . بينما (٢٤٪) من المجموعة الكلية ظهر لديها فقدان الشهية العصبى خلال العام الذى حصلوا على مستوى منخفض دراسياً فى الامتحانات، كما سجل (جارنير وجارفنيكل Garner & Garfinkel ، ١٩٨٠) فى بحثهما زيادة فى فقدان الشهية العصبى بين الطلاب والطالبات الذين تم إعدادهم لعرض الأزياء. وهذه العينة لديها درجة عالية من فقد الشهية نظراً للمنافسة البيئية مثل العوامل الضاغطة وخبرات الفشل .

(ب) الميول الكمالية: Perfectionism Tendancies

يتميز ذوى فقدان الشهية العصبى بسمات ذوى الوسواس القهرى أو الميول الكمالية ووجد (هاملى وآخرون Halmli et al، ١٩٧٧) أن (٦١٪) من عينة المرضى وصفهم الآباء بالكمالية وكلينيكياً هؤلاء المرضى يميلوا إلى رؤية الأحداث والإنجازات فى صورة بيضاء أو سوداء ويسعوا دائماً لأن يكونوا نموذجين ومثاليين، ومثل هذا الشرط مع غيره من الأحداث الأخرى يسهم فى حدوث فقدان الشهية العصبى .



الصيغة التخطيطية لفقدان الشهية العصبى

* الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة والنجاح الكامل فى أحد المجالات والدمج بين مسببات عدم الرضا العام بالحياة والذات والميول الكمالية اقترح أن مثل هذه الخبرات الفردية تحتاج إلى الضبط المطلق وبعض مفاهيم حياتهم أو الوصول التام إلى النجاح فى أحد المجالات على الأقل. وذلك رغم وجود مجالات بسيطة يمكن للفرد أن يصبح قادرا على الضبط الكامل أو حيثما نكون قادرين على إحراز نجاح محدد كنتيجة لمجهوداته. والنجاح فى أى مجال يدل ولو جزئياً على العلاقات الاجتماعية والأداء الجيد التطور الوظيفى والمهنى وغيرها من العوامل .

والمجال الوحيد الذي يمكن فيه ظهور عملية الضبط الذاتى هو ضبط الوظائف الجسدية مثل ضبط ساعات النوم والطعام والدوافع الجنسية. فيميلوا إلى ضبط هذه الجوانب الجسدية والبيولوجية باستمرار .

وباختصار افترض كما سبق شرطين ضرورين لتطور اضطراب فقدان الشهية العصبى هما عدم الرضا العام عن الحياة والذات والميول الكمالية وعلاوة على ذلك يتولد لدى الفرد عملية الضبط الكلى لبعض جوانب الحياة حتى الوصول إلى النجاح المحدد والكلى لبعض الجوانب فى حياته .

* المثير النفسى الاجتماعى النوعى :

تعتبر المتغيرات السابقة التى تم تقديمها تنبثق من مثير نفسى اجتماعى محدد للسلوك الأولى الغذائى والتى تأخذ شكل تعليقات من مجموعة الأقران أو المحيطين بالفرد أو وجوده وسط مجموعة أفراد أكثر اهتماماً بتكل وحجم الجسم والوزن أو ملاحظات الآخرين عن نظام الأكل. ويلاحظ زيادة حساسية الإناث للوزن عنه لدى الذكور ويشيع هذا المفهوم (حساسية الوزن) الحضارى فى المجتمع الغربى وبخاصة لدى السيدات (كرسب Crisp، ١٩٨٠)، (جارينر Garner، ١٩٨٠) واعتبروا حساسية الوزن (W. S) حالة تشريطية غير نوعية بالإضافة إلى المتغيرات الأساسية وهى عدم الرضا العام والميول الكمالية والتى ترى كعامل واحد استعدادى للفرد للضبط الجسدى .

ولهذا افترض (بيترسلاد) أن السلوك الغذائى الأولى ينبثق من مثير نفسى اجتماعى ويظهر ذا طبيعة لاشعورية فى سياق الحالات التشريطية البارزة والتى تعرض الفرد لإصابته بفقدان الشهية العصبى .

ثانياً: السلوك :

استخدم اصطلاح السلوك هنا فى مدى واسع ليشير إلى كل التكيف البيولوجى والنفسى وكتابع للأحداث المسببة السابقة لحدوث السلوكيات الآتية : -

١ - يلجأ الأفراد إلى فقد الوزن .

٢ - يحدث اضطراب فى الدورة الشهرية فى صورة احتباس أو انقطاع .

ويمكن حدوث كل منهما معاً. ويرجع انقطاع الدورة لتأثير فقد الوزن أو كأعراض جانبية لاضطرابات التغذية . وربما أن احتباس الدورة الشهرية تابع مباشرة لاضطراب وظيفى على مستوى (الثلاموس) والذى يظهر خلال الفعل المباشر لخبرات الفشل والضغوط .

ثالثاً: التوابع : Consequences

عندما يظهر السلوك الغذائى يفترض على الأقل نمطين من التوابع تعتبر مؤثرة إذا رافقها التدعيم القوى ويقود إلى التأثير فى سلوكيات الفرد نحو الغذاء والتى تؤدى بالتالى إلى فقدان الشهية العصبى وهكذا ينظر إلى التوابع كمدعمات سالبة أو موجبة .

التعزيز الموجب :

ومن سياق الحالات الشرطية السابقة افترض التوابع الموجبة للنجاح والتى تحدد تأثيرات التمزيزات الموجبة والتعزيزات وصفت كمشاعر النجاح أو الشعور بالانضباط أو مشاعر الرضا الذاتى. والملمح المهم لهذا الافتراض للتدعيم الموجب يكون كتابع للأكل أكثر منها وظيفة للسلوك الناجح فى السياق لإدراك الفشل فى مختلف المجالات وظيفياً. ومشكلة الأفراد زائدى الوزن ومايتنتج عن زيادة الوزن من أمراض تؤدى إلى الوفاة تعتبر مدعم كافى للحفاظ على السلوك .

التعزيز السلبى :

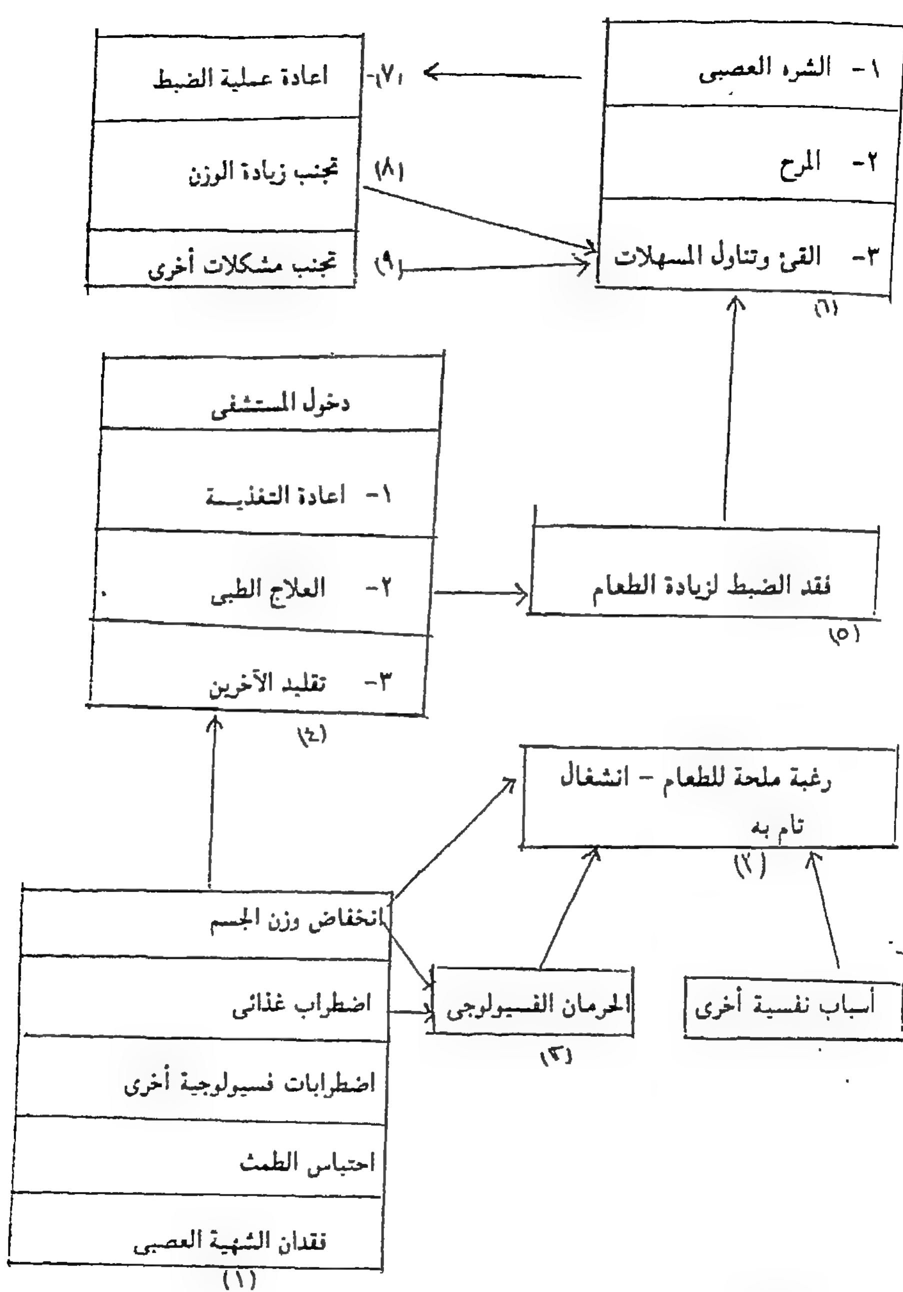
يشير اصطلاح التعزيز السلبى إلى زيادة الاحتمالية لاستمرار السلوك التجنبى وأزالته، والأحداث والمثيرات المثيرة وفى النموذج الحالى السلوك المخيف من زيادة الوزن تعتبر كتدعيم سلبى يستمر ويزيد خلال تجنب لمثير غير مرغوب وهو الأقل. إذاً النمط الأول للمثيرات غير المرغوبة هو الخوف من زيادة الوزن والنسط الثانى ينتج عندما ينجح مرضى

فقدان الشهية العصبى فى فقد الوزن والتحكم فى الأكل يشعر بالفشل فى كل المجالات وعدم القدرة على التحكم فيها ماعدا مجال ضبط الوزن وشكل وحجم الجسم وأطلق عليها (كرسب) فوبيا الوزن، ومن السمات المميزة لغالبية مرضى فقدان الشهية العصبى هى الفكرة المسبقة عن الطعام ووزن الجسم وحجمه قبل عملية الأكل. وتعتبر هذه الفكرة نوع من السلوك التجنبى الذى يعفى الحالات من المواجهة المباشرة لبعض المثيرات المنفرة (غير المرغوبة) والتى تكون الدافع الأساسى لفقد الشهية مثل صراعات المراهقة والمشاكل بين الشخصية والضغوط وخبرات الفشل .

نموذج (سلاد) التحليلى الوظيفى للشرة للطعام

نقطة البداية فى هذا التحليل للشرة للطعام من ملاحظات (روسيل Russel، ١٩٧٩) الذى اقترح وجود العديد من الطرق المرضية التى تؤدى إلى المشاكل السلوكية الخاصة بالشرة للطعام العصبى Bulimia Nervousa). والنتائج العلمية التى توصل إليها (روسيل) على عينة من مجموعة شرة الطعام الأغلبية منها لديها تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى بنسبة (٥٧٪) وحوالى (٢٠٪) ليس لهن تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى والباقى لديه اضطرابات فى الدورة الغذائية ويتضح ذلك فى الشكل التخطيطى المقدم ويوجد أسلوبان أو طريقان يقودان إلى الشرة للطعام . الأول منها وجود فقدان شهية عصبى . والثانى ينتج مباشرة من أسباب نفسية أخرى وهذه الأسباب النفسية الأخيرة لم تلقى الاهتمام الكافى كما هو فى المسلك الأول. ونحاول هنا فى نموذجه إظهار الميكانيزمات وراء هذا الاضطراب. وانخفاض الوزن المصاحب لفقدان الشهية العصبى مع الاضطراب الغذائى واضطرابات فسيولوجية. وفى هذا النموذج واضح نشأة الشرة العصبى للطعام من سلوك فقدان الشهية العصبى الذى تسبب فى حدوثه مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والبيئية بالاضافة إلى الفسيولوجية وأولها رقم (٢) الحرمان الفسيولوجى كنتيجة لسبب ولقصور فى الدورة الغذائية. ولقد سلم كثير من الباحثين **بالطريق الأول** وهو انخفاض وزن الجسم بالاضافة إلى سلوك فقدان الشهية العصبى الذى يؤدى إلى إرسال إشارة عصبية إلى القشرة المخية التى تؤدى إلى اختزان الطعام.

والسبب الثانى: لدى مرضى فقدان الشهية العصبى وسلوكهم حيال دخول المستشفى لحالتهم الخطرة . ومع وجود برنامج غذائى لفترة محددة كمحاولة لزيادة الوزن بسرعة مع الخوف من تطور الحالة وعوامل أخرى سوف يؤدى إلى



الصيغة التخطيطية للشره للطعام Bulimia Nervousa

تكسير الأسلوب الغذائى لرفض الطعام الذى تعرضه تلك الحالات على نفسها. وفى ذلك يصبح هناك عوامل ثلاثة وهى دخول المستشفى والتحذيرات الطبية والبرنامج الغذائى. وبذلك تصل الحالات إلى وقوعها تحت ضغط من النوعين الضغط البيولوجى الداخلى Internal Biological Pressure (IBP) والضغط البيئى الخارجى External Enveromental Pressure (EEP) ويعتبران بمثابة التعزيز الموجب القوى للأكل . وهنا تفقد الحالات عملية الضبط التى تفرضها على الطعام. وفى مثل هذا الموقف يقترح اتخاذ موقفين أو حلين إما فقد السيطرة الزائدة على مخزون الطعام واما استجابة الرضا للمحيطين بالاستجابة للعلاج ومن هذا التحليل يتضح **السبب الثالث** يتضح من تاريخ الحالات تقليد للآخرين.أى لنماذج أخرى من الأفراد ذوى الشرة للطعام.

وفى هذا النموذج فى العوامل أرقام (٧ ، ٨ ، ٩) يتضح أن أسلوب شره الطعام يتسبب فى حدوثه عوامل تعزيز إيجابية مثل الشعور بالرضا والتعزيز السالب يظهر فى إعادة ضبط عملية الأكل وتجنب كلا من الوزن الزائد وبعض المشاكل الأخرى .

الكمالية العصابية

تختلف النظرة إلى السعى نحو الكمال والإتقان. فإذا رجعنا تاريخياً إلى ذلك نجد أن مجموعة من الآراء تنظر إلى الكمالية ككون لمستوى الطموح والدافع للإنجاز بل ودافع للأداء. ومنه من اعتبر الشخصية الكمالية نموذجاً مثل (بورنس، ١٩٨٠) وعلى الرغم من النظر إلى السلوك الكمالى كعامل إيجابى فى التوافق والإنجاز إلا أنه ينظر إليه أيضاً وكأنه نموذج عصابى أمثال (هاماكيك ١٩٧٨، فليت واخرون ١٩٩٠) وترتبط الكمالية مع العديد من الخصائص السالبة مثل الشعور بالفشل والذنب والتردد ومشاعر الخزى وانخفاض تقدير الذات وترتبط مع أشكال خطيرة من الحالات المرضية السيكولوجية مثل تعاطى الكحوليات وفقدان الشهية العصبى والاكتئاب واضطرابات الشخصية (دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية (DSM III). وصعوبات التوافق تنبثق من الميول الكمالية المرتفعة والتى يضع الفرد فيها مستويات عالية غير واقعية ومحاولة تحقيقها. وعندما يفشل الفرد يعمم هذا الفشل على ذاته كلها ويتشدد فى تقييمه لذاته ويتكون لديه ميل إلى الحكم على الأمور إما بالنجاح الكامل أم الفشل التام

وبهذه الطريقة نجد أن مفهوم الكمالية نظر إليه من زاوية ذاتية وبتوجيه ذاتى، ولكن الكمالية أخذت مفاهيم بين شخصية هامة فى توضيح صعوبات التكيف والاهتمام بالعلاقات بين الشخصية وداخل الشخصية ذاتها فى تحديد وتصنيف سبب الاضطرابات السيكاترية .

ويقرر «هاماكيك» أن الكمالية كمكون نفسى مازالت تحمل الكثير من الخفايا الكلينيكية وقد ميز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية .

الكمالى السوى[٢] :

هو الفرد الذى ينظر إلى عمله ومجهوده بأنه جيد بقدرها الحقيقى ويشتق السعادة من الجهود والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير ذاته من خلال آدائه أى شعوره بالسعادة يتناسب مع آدائه .

---

(١) Neurotic Perfectionism

(٢) Normal Porfectionists

الكمالى العصابى :

هو الفرد الذى ينظر إلى مجهوداته وأعماله بأنها غير جيدة بالقدر الكافى على الرغم من جودة هذا الأداء . ويضع لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها. وأنه غير قادر على الشعور بالرضا عن آدائه والأشياء لايقدر على المستوى الجيد الذى يستحق الشعور بالرضا. .

ويضع (فروست) ١٩٩٠ خصائص الفرد الكمالى فى الأبعاد الستة التالية :

١ - الاهتمام الزائد بالأخطاء . ٢ - المستويات العالية التى يضعها الفرد لنفسه

٣ - إدراكه لتوقعات الآباء والأمهات ٤ - إدراكه لنقد الآباء والامهات القياسى .

٥ - الشك فى قدرته على الأداء لأمر مؤسسته أو جهة عمله .

٦ - الشك فى قدرته على الأداء والتصرف فى بعض المشاكل .

وأضاف (فروست) أنه من الصعب التمييز بين الفرد الكمالى السوى والكمالى العصابى وقام (بيتر سلاد، وآخرون ١٩٩١) بإدخال عامل عدم الرضا [٤] وقاموا ببناء مقياس ينقسم إلى قسمين واختصاره (SCNAS) [٥] لدراســة ذوى اضطرابات الأكل من المصابات بفقدان الشهية العصبى وجدوا أن الكمالية العصابية ترتبط ارتباطاً سالباً مع الذهانية وعدم الرضا يرتبط مع كل من العصابية والانطوائية والذهانية على قائمة «أيزنك» للشخصية وافترض كل من (بول هويت وجوردن فليت، ١٩٩١) وجود أبعاد ثلاثة للكمالية من وجهة نظر اجتماعية وشخصية .

١ - الكمالية بالتوجيه الذاتى [٦]: يضع الفرد لنفسه مستويات عالية ويحاول تحقيقها .

٢ - الكمالية بتوجيه الآخرين [٧]: يضع الآخرون للفرد مستويات ويحاول تحقيقها بدافع منهم .

٣ - الكمالية المكتسبة اجتماعيا [٨] يكتسبها الفرد من إدراكه للمواقف البيئية المحيطة به .

---

(٣) Neurotic Perfectionsits (٤) Dissatisfaction

(٥) Setting Conditions for AnorexiaNebosa Scale

(٦) Self - Oriented Perfectionism

(٧) Other Oriented perfectionism

(٨) Perfectionsim Socialy Prescribed

ويقدم (بيتر سلاد وآخرون).   تفسيراً مبسطاً للكمالية لدى الأفراد بوصفه للأفراد الذين تقل لديهم الكمالية أنهم لم يجدوا التقبل من البيئة المحيطة الأولية فيقل لديهم الاتقان والسعى إلى الكمال ونتيجة لعدم التقبل من البيئة المحيطة الأولية لايكتسبوا الأفكار التى تجعلهم يعرفون كيف يكونون محبوبين. أو الشك فيما يكتسبوه من آراء من حولهم فيما يوكل إليهم من أعمال. وعلى العكس إذا كانت البيئة حول الفرد إيجابية فسوف تعلمه أسلوب الإتقان وكيف يكون محبوباً وراضياً عما يؤديه من أعمال. ويعتبر (بيتر سلاد) أن الكمالية كدافع للإنجاز لمستويات أفضل ترتبط مع كل من اضطرابات الأكل والنمط السلوكى (A) وبعض الأفكار اللاعقلانية وبعض نماذج الشخصية الأخرى ووضع مقياساً يشمل عدم الرضا والكمالية قد سبق الإشارة إليه (SCANS) .

وتم تصميم استبيان خاص بالكمالية العصابية (NPQ) (٩) وقد تمت بتعريبه وتقنينه فى بحث خاص بالكمالية العصابية لدى الأسوياء ومرضى الفصام البرانويدى والاكتئاب الأساسى والهستريا التحولية. وأظهرت الدراسة   أن أعلى درجة للكمالية العصابية لدى مرضى الاكتئاب الأساسى من الجنسين وأقل درجة للكمالية العصابية لدى مرضى الهستريا التحولية .

علاقة الكمالية ببعض المتغيرات السيكولوجية :

ترى رابطة الاخصائيين الأمريكيين فى دليلها DSM III . أن الكمالية تتشابه مع غيرها من اضطرابات الشخصية مثل فقدان الشهية العصبى والإدمان وتعاطى الكحوليات .

ووجد «سورتوزكين Sotozkin»   أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية وسوء التوافق الموجود فى الكثير من الاضطرابات الخطيرة مثل تعاطى الكحوليات وفقدان الشهية العصبى والاكتئاب .

ووجد (برادى استيفن Brady Steven   أن مرضى العصاب القهرى يميلون إلى الكمالية العصابية . ويرى (راسكين وتيرى Raskin & Terry)   أن الكمالية العصابية ترتبط مع كل أبعاد النرجسية . بل ويعتبر أن النرجسية هى الدافع للكمالية العصابية.

---

(٩) Neurotc Perfectionism Questionnaire

وجدت (سوزان ميتزمان Susan Mitzman) ، أن هناك علاقة بين اضطرابات الأكل والكمالية سواء فى حالات فقدان الشهية العصبية أو الشره .

كما أكدت (ليندا هيبجينبو ثام Higginbotham Linda ١٩٩٣) ، على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين قلق الموت والكمالية. وتستخدم الكمالية كميكانيزم دفاعى ضد قلق الموت وخصوصاً الإناث .

وأكد (جونسون ودوجلاس وبويل Johnson Douglas & Poul ١٩٩٣) ، على العلاقة الارتباطية الموجبة بين النمط السلوكى (A) والكمالية العصابية .

قياس الكمالية:

يوجد مجموعة من المقاييس إما لتقدير مستوى الكمالية مثل مقياس (BPS) وإما للتمييز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية مثل استبيان (NPQ) وبعض المقاييس لتقدير الكمالية فى علاقتها ببعض المتغيرات مثل اختبار الكمالية المتعدد الأبعاد (MPS) واستبيان (SJSQ)وسوف نقدم فكرة مبسطة عن كل منها :

١ - مقياس بورنس للكمالية(١٠)

وضع هذا المقياس فى عام (١٩٨٠) لقياس خصائص الفرد الكمالى وغير الكمالى بعد أن أوضح (هاماكيك، ١٩٧٨) الفرق بين الفرد الكمالى السوى والكمالى العصابى .

٢ - مقياس الكمالية المتعدد الأبعاد(١١)

ويشتمل على الأبعاد الستة التى وضعها (فروست Frost) لخصائص وسمات الفرد الكمالى إلا أنه لايميز بين الكمالى العصابى والسوى .

٣ - مقياس (SCANS)(١٢)

ووضعه (بيتر سلاد (وآخرون. ١٩٨٦). ويشتمل على قسمين أساسين هما الكمالية وعدم الرضا ويشتمل على ٤٠ بنداً. وقام بتطويره ووضع معاييره الإحصائية كل من (بيتر سلاد وديوى وكميل ونيوتن. Slade, P. Dewey, Kiemle & Neution (١٩٩٠)

---

(١٠) Burns Perfectionism Scale

(١١) Multidimensional Perfectionism Scale

(١٢) Setting Condition for Anorexia Nervosa Scale

٤ - **مقياس سلانى وجونسون وستينبرج(١٣) ١٩٩١**

ويتكون هذا الاستبيان من (٦٢) بندا وصمم لقياس مدى واسع من الكمالية ويفرق بين الكمالية السوية والعصابية، وقد قام كل من (جونسون ودوجلاس وبول Johnoson Douglas, Paul(١٩٩٣) بحساب الصدق التكوينى للاستبيان . فيتكون من ثلاثة مقاييس فرعية هى: الكمالية والتأجيل عدم الرضا الشخصى.

٥ - **استبيان الكمالية العصابية (NPQ)(١٤)**

صمم هذا الاستبيان (بيتر سلاد وآخرون. ١٩٩١م) لقياس مدى واسع من الخبرات والأفكار المرتبطة والمساعدة على استمرارية وظهرور الكمالية. وقام بتطوير الاستبيان كل من (سوزان ميتزمان وآخرون. ١٩٩٤) فى جامعة ليفربول ويتكون من (٤٢) بنداً ويستخدم للتمييز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية . وتحدد الاستجابة فى خمس مستويات، والدرجات العالية تدل على كمالية عصابية والمنخفضة تدل على كمالية سوية وبنود الاختبار مرتبة بطريقة عشوائية. وقد قمت بتعريب هذا الاستبيان وتقنينه على المجتمع المصرى(*)

ونوجه الدعوة إلى الكمالية السوية فى سلوكياتنا نبدأها من الطفولة وأسلوب التعامل مع هذه المرحلة ومنها :

١ - المستوى الذى نتوقعه من أداء الطفل يتناسب مع إمكانياته الجسدية والعقلية والوجدانية. وأيضاً لانكلفه بأعمال لايستطيع آدائها وبالتالى تشعره بالفشل والإحباط .

٢ - لانضخم أخطاء الأطفال لذلك يشعرهم بالذنب وعدم الرضا الدائم عما يقومون به من أعمال ومهام .

٣ - التقبل من المحيطين بالطفل فذلك يزيد من دافعه إلى الكمالية السوية والاتقان وعدم التقبل يؤدى إلى الكمالية العصابية وعدم القدرة علي الحكم على الأداء ويميل إلى كسب تقبل الآخرين يزيد من الكمالية العصابية المصحوبة بعدم الرضا والتوتر الدائم.

٤ - الواقعية فى تقييم آداء الطفل وعدم المغالاة فى إظهار التفوق أو الفشل .

---

(١٣) (SJSQ) Slany, Johnson, Stienberg

(١٤) Neurotic Perfectionism Q uestionnaire

(*) منشور فى الأنجلو المصرية .

الوجدانات السالبه والموجبـــه

في البدايه ظهرت فكره الانفعالات المميزه والخاصه مثل المرح والغضب والخوف ومع ظهـور وتطور الكثير من وسائل البحث الاحصائي والفسيولوجي أمكن وضع نماذج لهذه النوعـــات من الانفعالات أمثال (Ekman ، ١٩٨٢ وازارد Izard ، ١٩٧٧) وبلوتك Plutchick ، ١٩٨٠) وكل هذه النماذج والنظريات وضعت الوجدانات في عدد من الاصطلاحات من (٧ - ١١) وجدانا مميزا مثل المرح ، الاهتمام ، الدهشـــه ، الخوف ، الغضب ، الحزن ، الضيق ، الاحتقار ، وهذه النوعيات الشائعـه من كـل النماذج السابقه وينظر الى هذه الوجدانات بأنها مؤثره متغير في أدوات البيئه المحيطـــه وأحيانا يكون لها صفه الدافعيه للسلوك مثل الخوف يكون دافعه الهرب من مصدر التهديد والاهتمام له صفـه الاستكشاف .

حاول بعض العلماء التميز بين الانفعالات وتعبيرات الوجـه أي الشكل العضلي الجسمي للتعبير مثل (اكمان Ekman ١٩٨٢) ولكن التميز بين الانفعالات لم يتم بطريقـــه موضوعيه نظـرا لتساويهما في كيفيه التعبيـر ومع تقدم وسائل البحث الفسيولوجي أصبـــح بالامكانهالتميز باللجوء الى المؤشرات الفسيولوجيه وازدادت المفاهيم الاساسيـه لنظريات الانفعال بزياده التدعيم الامبريقي في السنوات الاخـيره فأمكن التميز بين نوعيات الوجدانات رغم الاختلافات الواسعـه الحضاريه بين عينات مختلفه من الافـراد في العديد من الدراسات . وأكدت الدراسات دائما على وجود خطيين متوازيين من الوجدانات الاساسيـه المختلفـه وأحيانا ثلاثه ابعاد فقد توصل بعض العلماء الى وجود بعدين اساسيين للتركـــــيب الوجداني مثل (روسيـل Russel ١٩٨٠) ومـيز (دينير ولارسون وليفـــين وابمونـــس Diener, Larson, Levin. Ebnons ١٩٨٥) بين البعدين . وقام كل من (ذافيد واطسون وتليجين Watson.D.&Tel-egen ١٩٨٥) باستخدام أساليب التقرير الذاتي من التوصل الى فئتين هما : الوجدانات السالبـــــه Negative Affects (NA) والوجدانات الموجبه Positive Affe-cts (PA) وقـد انبثقت من قوائم الوصف الذاتي في اطـار الزمـــن

ويشمل بعض الوجدان السالب : الخوف ، الحزن ، الغضب ، الضيق ، الاحتقار ، مشاعر الذنب وهذه الوجدانات تترابط معاً بمعنى ان الفرد الذى يعانى من الخوف سوف يعانى من الغضب والحزن ومشاعر الذنب وهكذا بالنسبة للوجدان الموجب .

وفى دراسة (دافيد واطسون وكلارك Watson.D& Clark ١٩٩١) يوجد الغضب ضمن البنود الفرعية لمقياس العدائية . وهذا أيضا ما توصل اليه (أرنولد بص Buss ١٩٩٢) حيث وضع الغضب ضمن مقياس العدوانية .

وقد قام كل من (دافيد واطسون وكلارك وتليجحين ١٩٨٨) باجراء التحليل العاملى لحوالى (١١٧) وصفا لحالات وجدانية بعد اختصارها الى (٦٠) بنداً فى مجموعات ثلاث : مجموعة تمثل الوجدان الموجب ومجموعة تمثل الوجدان السالب ومجموعة أخرى تُبعد ثالث وهى التعب ، الدهشة ، الصفا ، الخجل ، وقام بتطوير القائمة كل من (دافيد واطسون وكلارك ، ١٩٩١) حيث أصبح يقيس كل بعد من البعدين الأساسين (NA) ، (PA) عشرة بنود وأصبحت القائمة PANAS-S شامل لاحدى عشر اختبار فرعى ويمكن استخدام هذه القائمة فى اطار أزمنة محددة ، وممتدة مما يبرهن على اعتبار هذه الوجدانات سمة من السمات ويمكن استخدام هذه القائمة فى التفريق بين السوية والاضطرابات حيث يزداد متوسط درجات الحالات السوية على بعد الوجدان الموجب عنه لدى الحالات المرضية وأيضا يمكن التمييز بين الحالات المرضية بالاستعانة بالمقاييس الفرعية للوجدانات السالبة المميزة لكل اضطراب أو مرض هذا بالاضافة الى مشكلة التداخل فى التشخيص بين الحالات المرضية مثل القلق والاكتئاب فأغلبية الحالات المرضية تحمل فى طياتها أعراضا لحالات مرضية أخرى ففى حالة القلق والاكتئاب المختلط يمكن تمييز الاكتئاب بالوجدانات الآتية وهى : الحزن ، الشعور بالذنب ، والعدائية بينما فى حالة القلق يتميز مرضى القلق بزيادة درجة الخوف مما يترتب عليه امكانية خفض أو تحسين الوجدانات السالبة النوعية المسئولة عن كل اضطراب قبل الدخول فى المرحلة المرضية .

تحديد المصطلحـــــات:

الوجدان السالـــب Negative Affect

يعني تميز الأفراد بانخفاض تقدير الذات والانفعالية السلبيه والتميز بالميل للتركيز على المفاهيم السلبيـه عن الافراد والذات والعالم وأيضاً الميل الى خبره مستويات عاليه من الحزن والغضب والخوف والعدائيه ومشاعر الذنب (دافيد واطسون وكلارك ، ١٩٨٤ ، ٤٦٥) .

كما اعتبر هذا الوجدان السالب سمه من سمات الشخصيـه في ابحاثها الحديثـــه (١٩٨٨، ١٩٩١ ؛ ١٩٩٤) وهي أيضاً الدرجه العاليه على مقياس البعـــد الخاص بالوجدان السالب على قائمـه (PANAS-S) .

الوجدان الموجـب Positive Affect

يعني تميز الأفراد بارتفاع تقدير الذات والانفعالية الايجابيـه والتميز بالميــل الى التركيز على المفاهيم الموجبـه للأفراد والذات والعالم وأيضاً الميل الى خـبره مستويات عاليه من المرح والثقه بالنفس والصفا والهدوء والانتشاء (المرجع السابق ٤٦٦) كما اعتبر هذا الوجدان سمه من سمات الشخصيه في دراستها لهذا الوجـــدان في اطار زمني محدد بعيد المدى وهي الدرجه العاليه على المقياس الخاص بالبعـد الموجب على قائمـه (PANAS-S) .

وتناولت الدراسات السابقه الجوانب الوجدانيـه سواء الموجبـه أو السالبه وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى والفروق الجنسيه في انتشار أي منهما ألو تناول احـد الوجـدانات وبالأخص الدراسات التي تناولتها لدى الطلاب والطالبات الجامعيين وفي حدود قراءات الباحثه لم تتناول أي دراسه عربيـه الوجدانات سواء السالبـه أو الموجبـه في صـــوره شامله كما هو الحال في الدراسـه الحاليـه .

أولا : دراسات تناولت الوجدانات في علاقتها بمتغيرات أخـرى

دراسه (دينـر اخـرون Diener. el al. ١٩٨٥) عن التميز بـين

شدة الانفعال وتكرار الانفعال أو الخبرة الانفعالية لايجاد العلاقة بين الجدان السالب والموجب في أي فترة زمنية . وأظهرت الدراسة أن الافراد الذين تميزوا بشدة انفعالية يظهر عليهم كل من الجدان السالب والموجب أي ان شدة الانفعال تميز الجانبين .
ومن حيث الخبرة الانفعالية تميز الافراد الى مجموعة لديها خبرة انفعالية سالبة ومجموعة لديها خبرة انفعالية موجبة . والمقاييس المستخدمة لقياس الوجدان السالب مستقلة تماماً احصائياً عن مقاييس الوجدان الموجب .

دراسة (بروجانسكي ودولوريس والزابث Projansky, Dolores Elizabeth ١٩٩٠) عن دور الوجدان والمزاج في استدعاء المعلومات الايجابية والسلبية عن الذات وقامت هذه الدراسة على العلاقة بين المزاج وادراك الذات وحاولت هذه الدراسة اثبات الى أي مدى تؤثر الحالة الوجدانية والمزاجية في استدعاء المعلومات السلبية عن الذات . وافترض الباحث ان المزاج يعمل (كمرشح) لاختيار المعلومات الايجابية والسلبية عن الذات وافترض الباحث مايلي :

- يعمل المزاج (كمرشح) لاختيار المعلومات .
- اذا ارتبطت شدة الوجدان مع معلومة أمكن استدعاؤها بسهولة وخصوصاً المعلومات ذات الصلة الوثيقة بالموضوع الذي يرتبط بالوجدان فالافراد مثلا في الحالة المواجبة الاكتئابية يستدعون المعلومات الغالبة وتم تطبيق الاختبارات على (٢١٢) طالب جامعي في السنة الأولى ومنها مقياس الاكتئاب ومقياس السمات الشخصية الموجبة (٥ سمات) والسالبة (٥ سمات)

وبعد فترة من النشاط الترفيهي تم سؤال الحالات لاستدعاء الاوصاف على مقياس مقسم الى سبع مستويات ثنائي الطرف الوجداني السلبي جدا والايجابي جداً .
وأظهرت النتائج ان الوجدان أكثر تأثيرا من المزاج في استدعاء المعلومات السلبية والايجابية عن الشخصية وزيادة شدة الوجدان هي الأكثر تأثيرا في عملية الاستدعاء سواء الموجب أو السالب .

دراسه (سويني ومـارى السين Sweeny & Mary Ellen ١٩٩١) عـن علاقـه الاتكاليه ونقد الذات بنوع الحالات الوجدانيه السالبه ، وتم تقسيم مجموعـه البحث الى أربع مجموعات حسب درجه الاتكاليـه .

مجموعـه (أ) ذات درجات عاليه على مقياس الاتكاليـه .

مجموعه (ب) ذات درجات عاليه على مقياس نقد الذات .

مجموعه (ج) ذات درجات عاليه على المقاييـن .

مجموعه (د) غير مرتفعـه الدرجات على أى من المقياسين .

وتم اجراء تحليل التباين بين المجموعات الاربع وباستخدام مقاييس لكل من الاكتئاب والغضب والتعب والقلق كوجدانات سالبه وسمات الشخصيه مثل العصابيه والانبساطيـه .

وتتكون عينه البحث من (٥٧) من الاناث بمتوسط عمر زمـني (١٩٫٨٨) سنـه و (١٤) من الذكور بمتوسط عمر زمني (٢٠٫٤٦) سنـه .

وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال خصوصاً بين الاكتئاب والغضب والعصابيـه والقلق وارتباط سالب دال مع الانبساطيه والتأكيد بـه والنشاط والانفعالات الموجبـه وارتباط موجب بين الاتكاليه والقلق والعصابيه والاكتئاب والنتيجـه العامه لهذه الدراسـه ان الأفـراد مرتفعي الدرجات على مقياس نقد الذات والاتكاليه لديهم مستويـات عاليه من الوجدانات السالبـه .

دراسـه (وايزرايموند ايرنست Weiss Raymond Ernest ، ١٩٩٢) عن دور الجانب الوجداني الانفعالي . فهو المقدر للديناميات الثقافيه وأكد الباحث علـى أن الاستجابات الانفعاليه الوجدانيه تعطى أفضل رؤيـه للموضوعات والمفاهيم الثقافيـه في المجتمعات . وهذه المفاهيم يتمسك بها الأفـراد ويدافعـون عنها وترتبط بالجانـب المعرفـي أيضاً . فالجانب الوجداني هو الباعث على التغيير في ثقافات معينه وأيضـا هو العقبه في وجـه التغـيير في ثقافات أخـرى .

دراســة (بوتشــير آن هوستون Butcher, Ann Houston ١٩٩٢) عن تأثـير الوجدان السالب والمزاج على صنع القرار وتقوم هذه الدراسة على مسلمـــة رئيسـة وهـى تأثـير الوجدان السالب على الجوانب المعرفيـة فى الشخصيـة وافـــترض الباحث ان الوجدان السالب له تأثير على عمليه ومراحل صنع القرار والأفـراد الذين يتمتعون بسلبيـة وجدانية عاليه يتميزون بالانزعاج والقلق ويرغبون فى القيام بالأنشطه والمجهودات ولكن يعتريهـم الشعور بعـدم الكفاءه ونقص الثقـه بالنفس والقلق أكثر من لدى الأشخاص منخفضى الوجدانيه السالبـة (NA) ويزداد المزاج السلبى لديهـم ومنخفضى السلبيه الوجدانيـــه أكثـره قـدره على صنـع القـــرار .

ثانيا : دراسات تناولت الفروق بين الجنسـين فى الوجدانات السالبه والموجبه :

دراسـة (سميث وكليجل Smith & Kleugel ١٩٨١) حيث قاما بدراسـة الفروق بين الجنســين فى مستويات الحزن والخوف والعدائيـة بعـد مجانســة المجموعتـين من حيث العمر الزمنى والمستوى التعليمى وأظهـرت النتائج وجود فروق ذات دلاله احصائيـة على الوجدانات السالبه الثلاثـة لصالح الإنـــاث .

دراسـة (آفريـل Averill ١٩٨٣) عن الفروق بين الطلاب والطالبـــات الجامعـيين فى وجدان الغضب كوجدان سالب والسلوك العدوانى وأظهـرت النتائج عـدم وجود فروق داله احصائياً بين الجنســين فى الغضب بينما وجدت فروق ذات دلالـــة احصائيه بين الجنسين فى الغضب بينما وجدت فروق ذات دلالـة احصائيـة فى السلـــوك العدوانى بين الجنســين .

دراسـة (نولـين وهوكسيما Nolen & Hocksema ١٩٨٧) عن كيفيـة التعامل مع حالة عدم النشاط (Dysphoria) حيث وجدا أن الاناث يملــن الى التوسـع والاسهاب والتهويل فى وصف الحالات الوجدانيه كما يملن الى اجـترار الافكار والمعلومات التى تدور حول وصـف الوجدانات السالبه لديهـــن .

دراسة (فردنبرج ويرين وكرومز Veedenberg, O. Brien & Krumes ١٩٨٨) أوضحت هذه الدراسة انتشار الحالات الاكتئابية نعدم النشاط والخمول لدى الطلاب والطالبات ونسبة الانتشار لدى الطالبات أعلى منه لدى الطلاب وأظهرت الدراسة ارتباط الوجدانات السالبة مع كل من المتغيرات الشخصية والمعرفية مثل اضطراب الاتجاهات والنقص في تقدير الذات ولكنها تتغير طيلة سنوات الدراسة الجامعية .

واضاف (ماركس وسكولسيز Marx:E.M.& Schulze. C.C ١٩٩١ في دراستهما الى العوامل السابقة وعدم وضوح الدور الجنسي لدى الذكور من طلاب الجامعة ويكون سببا في انتشار المظاهر الاكتئابية ، وعدم النشاط .

دراسة (آنولد بص ومارك بيرى Buss,A.& Berey, M. ١٩٩٢) حيث أنه لم يجدا فروقاً ذات دلالة احصائية بين الطلاب والطالبة على مقياس الغضب وتم ادراجه ضمن قائمة العدوان كبعد مثل العدائية أو العدوان اللفظى والجسدى ويلاحظ ان هذه النتيجة تتفق مع ما توصل اليه (آفريل Averill ١٩٨٣) من عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية على بعد الغضب ووجود فروق داله على بعد العدوان . وفى القائمة الحالية المستخدمة فى هذه الدراسة تم استبعاد وجدان الغضب من الوجدانات السالبة ووضع ضمنيا مع العدائية كوجدان سالب .

دراسة (جين وونج ودانى واتيكرس Jane, L. Wong & Dani J. Watekers ١٩٩٢) أوضحت ان الحالة الاكتئابية والوجدانات السالبة لدى الطلاب والطالبات الجامعيين ترتبط بالمتغيرات الشخصية والمعرفية لدى طلاب الجامعة مع مرور الوقت وعدم النشاط أو الخمول (Dysphoria) يرتبط مع مشاكل تقدير الذات ونوع الجنس والاعتماد على النفس فى حل المشاكل واضطراب الاتجاهات (Dysfunctional Attitude;S) .

واجريت دراسة (١٩٩٣) عن السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل كأسلوب معرفى لدى مرضى الاكتئاب الاساسى من الجنسية : أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين

على مقياس السلبيه متطبيقة على طلاب وطالبات كليه التربيه لصالح الطالبات والفروق بين الطالبات والطلاب ذاله احصائياً وأظهرت الدراسه أيضاً ارتفاع متوسط درجات الاناث عن متوسط الذكور فى الحالات المرضيه (مريضات الاكتئاب الأساسى

(Major Depression

وفى دراسه أخرى (١٩٩٤) عن مشاعر الذنب لدى مرضى الفصام البارانويدى وذوى الميل العصابى والأسوياء من الجنسين أظهرت نتائجها فروقاً لصالح الاناث فى درجات الشعور بالذنب سواء الحالات السويه أو المرضيه وحصلت على أعلى المتوسطات فى كل مجموعات البحث ذوات الميل العصابى . بعد عرض الدراسات السابقه يتضح أن هناك فروقاً بين الجنسين من حيث نسبه انتشار الوجدانات السالبه أوغيرها والوجدانات السالبه مستقله تماما عن الوجدانات الموجبه احصائيا .

نموذج الوجدانات ويشمل :

أ) مقياس الوجدانات الموجبه والسالبه - الأبعاد العامه

Positive Affects and Negative Affects Scale (PANAS)

تأليف دافيد واطسون ولى أنا كلارك David Watson&lee Anna Clark

ب) مقياس الوجدانات السالبه والموجبه الشامل PANAS-X

تأليف دافيد واطسون ولى آنا كلارك ١٩٩٤

جـ) مقياس الوجدانات السالبه والموجبه فى اطار الزمن . ١٩٩٤

تأليف دافيد واطسون ولى آنا كلارك .

د - والمقاييس الثلاثه تمت بتعريبها واعدادها .

نموذج الوجدانات

طسون وتليجين Watson; D& Tellegen ١٩٨٥) وجود تصنيف هرمى للوجدانات بصفه عامه فى صوره بعدين أساسيين حيث اطلقا على البعد الاول الوجدان الموجب Positive Affect والبعد الثانى الوجدان السالب Negative Affect

وتم استخدامهما كبعدين أساسيين في الخبره الانفعاليه العامه في دراستهما بالاضافه الى العديد من الابحاث والدراسات حول هذين البعدين مثل دراسه (آلماجور وبنبوراس Almagor&Benporath ١٩٨٩) ، (واطسون وتيليجين Watson&Tellegen ١٩٨٨) ، (مايروشاك Mayer&Shack ١٩٨٩) ولقياس هذين البعدين طور كل من واطسون وكلارك وتيلجين قائمه الوجدانات السالبه والموجبه والتي تتكون من (١٠) بنود للوجدان السالب ، (١٠) بنود للوجدات الموجبه بالاضافه الى البعدين السابقين فقد وضع تقديرا للحالات الانفعاليه الخاصه بالنوعيه ووصل عددها الى (١١) مقياس فرعي وهي : الخوف ، والحزن ، الذنب ، والعدائيه ، الخجل ، التعب ، الدهشه ، المرح ، الثقه بانفس، اليقظه ، الصفا وتقاس على خمس مستويات .

الفصل الثالث

الاضطرابات الوجدانيـة

- المقدمـــــة
- الهستريا
- الاكتئاب
- الاضطراب الوسواسى القهرى

" الاضطرابات العصابيـــــــه " (الوجدانيـــه)

تنتشر الاضطرابات العصابيه بدرجه تفوق الامراض العقليه والعضويه ولا يوجــــــد احصائيات دقيقه على مـدى ونسبـه انتشار الاضطرابات العصابيه وايضا من الصعب حصرها وتقديم نسب محدوده لانتشارها . ويرجع ذلك للأسباب الآتيـــه :-

١- أن هذه الفئه لا تدخل المستشفيات ونـادرا ما تتقدم طالبه للعلاج النفسـي .

٢- ان مجموعه كبيرة من ذوى الاضطرابات العصابية تعانى من اضطرابات جسدية اما عضويـــة خالصة كمرض مزمن وله مصاحبات عصابية . وأما امراض سيكوسوماتية وفى كلا الحالتيـــــن يصاحبها الاضطرابات العصابيـــة .

٣- توجد الاضطرابات العصابيه مصاحبه لكثير من الامراض العقليـــه .

٤- يلاحظ كثيرا من التداخل بين اعراض مختلف الاعصبه وبالتالى لا يمكن حصر حالات أعصبـه نقيه خالصـه . (مثل القلق والاكتئاب المختلط) .

٥- انخفاض الوعى الثقافى النفسى والطبى . وبالتالى لا تتجه الحالات العصابيه للعـــلاج إلافى حالات نــادره .

٦ - الاضطرابات العصابيه لا يحدث فيها تفكك للشخصيـه ويتحمل المريض المسئوليه الشخصيه كامله . وسلامه الادراك والتحكم فى تصرفاته وعدم بعده عن الواقع كما هو فى الحالات العقليه مثل (البرانويـا والفصام الهوسى وغيرهـا) . الا ان (عكاشـه) يـــرى ان نسبه العصاب بين المجموع العام بين (١٠٪ - ٢٥٪) بينما فى الاذهنه تتـــراوح بين (٥٪ - ١٠٪) .

وتم استبعاد لفظ العصابى ابتداء من عام (١٩٧٨) وأصبح يطلق على الاضطرابات العصابيه الاضطرابات الوجدانيه Affective Disorders

وتشتمل على القلق والخوف والاكتئاب والوساوس والافعال القهريه واضطرابات النوم والطعـام والحساسيه الزائده والاعراض التحوليـه (مثل الهستريـا) .

* والعصابى هو الشخص الذى أصبح من خلال صراعاته الداخليه أو باسرافه فى استخدام ميكانيزمات الدفاع لا يستطيع التوافق أو بلغه أدق التكيف داخليا مع ذاته ومع العالم الخارجى ليصل الى درجه من العراد فه والرضا الذاتى وازاله التوتر الذى يتم التعبير عنه بالصـور المضطربه السابقه مشتمله على الاعراض الخاصه بكل فئه على حـده .

وأجريت محاولات عديده لرد كثيره هذه النوعيات الى مفهوم ديناميكى من خلاله يمكـن تبعاً لمبدأ الاقتصاد فى العلم رد كثره هذه النوعيات الى سبب أو سببين . مثل الفكـره التى قدمها (صلاح مخيمر) وسوف نورعها فيما بعد و (دروشى رو) اللذان اعتبرا الخوف هو بذره هذه الاضطرابات السابقه بأسلوب سيكوديناميى . الا انه وضعت عده نظريات لمحاوله تفسير حدوث هذه الاضطرابات وسوف نقدمها بايجاز هنـا :

أولا : النظريه التكوينيـه الوراثيـه

ثانيا : النظريه البيئيـه .

أولا : النظريه التكوينيه الوراثيـه

ويقصد بهـا التكوينات العقليه والجسديه والفسيولوجيه والنفسيه التى نقلت للفـرد وراثيا عبر الجينات ودور البيئه محدود فيها . ويطلق عليها (الاستعداد الوراثى) .

ولجأ العلماء الى دراسه انتقال الصفات الوراثيه (الجينات) الخاصه بالامراض النفسيه باستخدام التوائم المتشابهه وغير المتشابهه . ووجد ان التوائم المتشابهه اكثر تشابها فـى

الاصابه بأحد الاعصبه . ونظرا لنشأه كل منهما فى نفس الظروف البيئيه وهنا تبدو مشكله نصل ما هو بيئى عما هو وراثى نظرا لوجود عامل اسلوب التربيه الشائع لدى الاسره وأيضاً التعلم بالمحاكاه والتقليد لكل من افراد الاسره . ورغم ذلك فنجد عائلات / اسر لديهما نفس الاضطراب النفسى واستعداد افرادها للاصابه بنوع معين من الاضطرابات العصابيه .

ثانيا : النظريه البيئيه :-

تؤثر العوامل البيئه بكافه متغيراتها على نشأه الفرد وتطوره خلال مراحل حياته المختلفه وبذلك تختلف استجابات الافراد لهذه المتغيرات الكثيره من حولهم والتى تختلف من مجتمع لآخر ومن أسره لأخرى ومن فرد لآخر . وينبع هذه النظريه مجموعه نظريات وآراء منها :

أ : نظريه التحليل النفسى وما يتبعها من آراء :

أكد (فرويد) ان العوامل المسوله عن الاصابه بالعصاب تكمن فى الخمس سنوات الأولى من حياه الفرد وهذه الاستجابه تحدث كرد فعل للمثيرات والمؤثرات البيئيه التى تؤثر فى النمو الجنسى للطفل وعرض فكره " التثبت " والتى تعنى الثبات على المرحله التى لاقت التعزيز بلغه المدرسه السلوكيه والاشباع واذا قابل الفرد بعض المشاكل والصدمات نكص الى تلك المرحله ليستطيع مجابهه ذلك أو التثبت على المرحله التى لاقت فيها الحرمان وتعتبر نقطه الضعف التى تعتبر أقل مقاومه فتبرز منها الاعراض كما هو معروف فى الامراض العضويه وقد فسر ذلك " فرويد " بالموقف الاوديبى وصراعاته وايضا الصراع بين مكونات الشخصيه (الهو - الانا - الانا الاعلى) ووصفت الاستجابات العصابيه الى الوسواس القهرى وهستريا القلق وهستريا القلق وهستيريا التحوليه (التبدينيه) وهستريا القلق فى كتابات (أوتوفينخل) هى عصاب القلق والتى اعتبرها

مرادفه للغربيا . وأيضا النيوراستينيا .

واعتبر القلق بمثابة اشاره انذار هولب الصراع في نشأه الأعصبه بتبايناتها المختلفه .

وتقدم هنا بعض العلماء الذين أسموا وتناولوا الرؤيه التحليليه ببعض التغيرات.

١- (ادلر) رائد مدرسه علم النفس الفردي . واعتبر العصاب محاوله من جانب الفرد ليحرر نفسه من مشاعر النقص في الطفوله ويندفع للتفوق ورفض فكره النظريه ال - - ه دورها واشره على اسلوب الحياه وأسلوب التربيه في الاسره . واللذان يؤديان الى الايجابيه والتأكيد بيه .

٢- (يونج) نظر الى الليبيد وعلى انه طاقه عامه غير متميزه وتدفع الانسان الى العمل وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي . وبناء على وجود هذه الطاقه واتجاهها قسم الافراد الى منطوى ومنبسط من حيث اتجاه الطاقه الى الداخل أو الخارج على الترتيب ورفض فكره الليبيد والجنسيه .

٣- (أوتورانك) اعتبر صدمه الميلادمصدرا للقلق . واعتبر"الاراده" هي القوه الدافعه الحيويه التي تؤدي الى تكامل الشخصيه وابداعها أو تفكك الشخصيه واتكاليتها . ويعتبر الشخص العصابي فرد ضعيف الارداه غير ناضج انفعاليا واتكالي ولم يصبح بعد لتحقيق الضبط وتأكيد ذاته .

٤- (هورني) التي اعتبرت القلق " الاساس" هو سبب العصاب وتذكر محاولات اجريت لتصنيف الاعصبه والاذهنيه وردها الى بعض الميكانيزمات أو الى نمط مثالي واحد منها .

- يعبر "أتوفنخل" عن تشكيلة التباينات للأعصبه والاذهنيه في مواجهتها لمشكلات الحياه اما بأساليب انشائيه قد تصل الى الابتكاريه فتصرر السويه أو تفككيه تكوهدميه فتظهر تباينات من الاعصبه الى الاذهنيه تختلف فيقرر : ينبغي ان تؤكد مع ذلك ان جميع

الأعصبه تكشف من الناحيه العمليه عن تساوق ميكانيزمات مختلفه من ميكانزمات تكون الاعراض . وقد قرر فرويد . بصوره قاطعه هستريا فلق طفليه ،واضطرابات الشخصيه والتى تتجر فيها الانا ذاتها الى المرض ، تتعدد اشكالها بتعدد الميكانيزمات التى نقيمها ومن هنا فالادق هو تشخيص الميكانيزمات لا تشخيص للأعصبه " فميكانيزمات الدفاع تمثل عناصر نمطيه تشكل ائتلافاتها اللانمطيه غالبيه الأعصبه الواقعيه عند الافراد "فينخل ، ١٩٦٩ ، ٢٠٤)

ويرى (صلاح مخيمر) اذا كان العلم فى صحيحه وبمعنى الكلمه هو هذه العمليه التى ترد كثره الظواهر المشاكله الى وحده الصرح النظرى التفسيرى أو القانون التفسيرى الفهمى أو كل أقل عدد ممكن من المبادئ التفسيريه لكان لنا ان نعتبر مبدأ الاقتصاد لب العمليه ومحورها المركزى . ومن هنا يمكن رد كثره الأعصبه الى نموذج هيكلى واحد وذلك ما ينتج لمبدأ الاقتصاد وان يكون أكثر امعانا ومن ثم ينتج للعمليه العمليه أن تكون أمعن علميه .

ويرى ان الاعصبه تشكله تباينات لنمط كيفى واحد قوامه التجنب أو العزل .

١- يعد الخوف من الحفزة الغريزيه الخطيرة (القلق) المنطلق واذا بقى على هذا الحال فهو (عصاب القلق) وتعتبر عند " أوتوفينخل " هستيريا (القلق)

وهستريا القلق عنده عندما تتحول للخارج يصبح بمعنى تجنب الموقف أو المدركات المثيره للقلق . أو باستحداث ثوبيا ملائمه خارجيه وبذلك يتحول الخطر الى خطر خارجى كليه (أوتوفينخل ١٩٦٩م) ، ٢٤٦) .

وهكذا بعد تحول الخوف (القلق) الى موضوع خارجى تكون الفوبيا من حيث هى مخاوف تشريطيه . وبظهور ميكانيزم العزل يكون الدفاع بتجنب الموضوع أو الموقف وهنا يبتعد الشخص عن الموقف المثير للخوف .

- وفى الهستريا بدلا من تجنب الموقف الخارجى بالابتعاد عنه (العزل والتجنب) يتم هنا التجنب بتعطيل حواس الفرد أو حركته فتنعدم حساسته أو تشل حركته مما يفسر هستريا التبديين فالعزل أو التجنب هنا يتم بتعطيل وظائف البدن بعد ان كان يتم فى الفوبيا بتجنب الشخص للموضوع أو الموقف البديل فى الخارج .

- وفى حالة العصاب القهرى يتم التجنب بنوع جديد من العزل . فيتم عزل الفكرة الحصارية عن جهازها الحركى أى التنفيذ . وفى نفس الوقت يتم عزلها عن شحنتها الانفعالية الدافعة مما يجعلها مجرد فكرة عاجزة ولا سبيل أمامها الى التنفيذ الفعلى وعلى هذه الصورة يتحقق العزل والتجنب .

- وفى حالة الامراض العقلية حيث النكوص عميق بعيدا تتعطل الأنا وحسن اختبار الواقع عندئذ فان الحفزة الغريزية سبب الخوف والتى ادت فى تجنبها الى الفوبيا أو التبديات أو الاحصره أو القهور تخرج الى السطح وتصبح اعتقاداً جازما (هذيانات) وتحولت الرغبة الى اعتقاد جازم فى واقعيتها وتظهر فى خدمة ذلك تحريفات الادراك والادراك بغير موضوع (الهلوسات) كما تظهر كمحصلة لهذا كله الخلط العقلى مثل الهوس أو الفصام والبارانويا . وعندما تنتصر الدفاعات يكون الاكتئاب.

ويميزه هذا التفسير انه يتفق مع مبدأ الاقتصاد ، فبدلا من كثرة الميكانيزمات يكون الاقتصار على العزل والتجنب .

ويؤكد (صلاح مخيمر) على ان الفوبيا تشكل النواه فى كل عصاب وكانت الفوبيا يمكن ان تتطور الى هستريا تبديين او الى قهور وكانت الفوبيا مرحلة انتقالية الى الهذيانات فان تشخيص الأعصبة مسألة غير دقيقة بالقياس الى تشخيص الدفاعات . والائتلاف الفريد الذى ينتج فى كل حالة من الحالات وهذا الحديث عن الائتلاف الفريد الذى تتخذه

الدفاعات النمطيه والذى يقول به فينخل ليس غير التحسيد أو الانتظام الذى يتخذه النمط الكفى فى حالة من الحالات العيانيه . وفى هذا كله ما يدل على ان الأعصبه ليست غير تباينات لنمط كيفى وظيفى واحد يستهدف التجنب والعزل ابتعادا عن الخطر بأسنه وسيله حتى ان تخطى الأمر التشويهات الادراكيه الى الانكارات الفصاميه .

وترى (دورثى رو D.Rowe) أن الخوف الأعظم هو الخوف من اباده الذات (Anmihilation of fhe seff) وفنائها . وتهرب من الخوف بالعمل الشاق

بتنظيم حياتنا وحياه الاخرين . أو بتحول الى موضوعات خارجيه مثل الافراط فى الطعام أو الادمان . بغرض مصادره الخوف . ومع الاستمرار فى انكار الخوف قد يلجأ البعض الى الاحتماء بالشكاوى والامراض الجسميه . واذا لم تنجح هذه المحاولات فنجد من يلجأ الى كافه الدفاعات التى تعرف بأعراض المرض النفسى والعقلى وتعتبر ان اقصى انواع الخوف الذى يحدث من داخل الانسان وليس كاستجابه لخطر خارجى يمكن التعبير عنه فيتلقى العون فالخوف الداخلى يستشعر فى صوره قلق أو خزى أو مشاعر ذنب دون قدره على التعبير عنه كخوف ومواجهه الخطر بأسلوبين امابمحاربته أو بالهروب منه فتكون للخوف وظيفه حيويه فهو يستثير التهيؤ الجسمى للتصرف السريع فى مواجهه الخطر سواء بمحاربته أو بالهروب منه اذا تتزايد ضربات القلب ويسرع التنفس فيزيد الاوكسجين الذى يدخل الجسم ويفرز الادرنيالين فى الدم. اما اذا عجز الفرد عن استخدام هذا التهيؤ الجسمانى اما لعدم وجود موضوع خارجى للخوف أو لعجزه عن مواجهه هذا الموضوع وتتنوع مصادر الخوف الذى لا يظهر له مسببات واضحه فى الواقع الخارجى وهناك ابعاد رئيسيه فى حياه الانسان تمثل مراكز للصراع الذى يحمل مصدر تهديد مستمر فالطفل يشغل

منذ مولده بالتواصل مع الآخرين ويصبح فرداً له ذات وهذا يتوقف على ما يتيحه واقعه فأن لم تتبلور هذه الذات في احساس متسق في مرحله مبكره فانه في مواجهه ضغوط الحياه يجد نفسه ممزقاً في عالم أشبه بعالمه وهو رضيع . ويهتم الطفل وينشغل بربط الاجزاء المتفرقه من المشاعر والاحساسات في خبرة متكامله ويمكن تدريجياً ان يربط بين خبره وآخرى الى أن يصل الى نظام أي بناء فيتعرف به على ذاته وعلى العالم من حوله . ويتفاعل فيه وهو بذلك يكون قد حقق قدراً من التكامل يصبح فقده مثيراً للخوف الشديد المهدد بفناء وابادة الذات .

ومن خلال معايشه الطفل للآخرين تتشكل " الابنيه " التى ينشئها لذاته ومدى تقبله لها . واحياناً يمكن اعتبارها " معانى " فنحن نحيا ونتفاعل من خلال هذه المعانى فهى التى تعطى عالمنا معنى الانتظام وعندما تخطئ احدى توقعاتنا نستشعر الخوف من أن نكون قد اخطأنا فى كل المعانى وليس فى احداها فقط . وعندما نواجه فى حياتنا التباين بين هذه المعانى أو الابنيه وبين الواقع نستشعر الخوف والاحباط والغضب والعدوان واحياناً الاكتئاب .

وفيما نتقدم قد أوضحت (دورثى رو) ان ميكانيزم الانكار للخوف والهروب بدرجات متفاوته ونشأته من التضاد والتنافر بين المعانى والابنيه التى يقيمها الفرد لذاته وبين التهديدات الخارجيه مما يشعره بالخوف .

وهذا مقابل الفكره التى قدمها (صلاح مخيمر) عن ميكانيزم العزل والتجنب الذى تقدم فى صوره متصل بجعل من الامكانيه تقديم تصنيف للأعصبه والاذهنه بناء على ذلك بالاضافه الى اظهار التباين بين الانماط والحالات العيانيه المختلفه . أى ان ميكانيزم الهروب والانكار

عند (د ورشي رو) يقابل ميكانيزمات التجنب والعزل عند (صلاح مخيمر) . وقدم كل منهما التفسير والبرهان على فكرته عن جدوله الخوف الى كل من الاضطرابات العصابيه والذهانيه فكلاهما ينتمى الى الاتجاه السيكوبينامى والكلينيكى

نظريه (أدولف مايـر Adolf, M ١٨٦٦ - ١٩٥٠)

تقوم نظريته على تأكيد دور الوراثه والبناء وخبرات الحياه وضغوط البيئه ويرى ان سبب العصاب عاملان هما العامل الاول مستويات الطموح غير الواقعيه التي لا تتناسب مع امكانيات الفرد المختلفه . والعامل الثانى عدم تقبل الذات . والعامل الاول هو المسئول عن تحقيق الطموحات .

(جـ) النظريه الشرطيه

تعتبر افكار (بافلوف) بنظريه النشاط العصبى الراقى ويقصد بها مبدأ تأثير تأثير الجهاز العصبى الى اكبر عدد ممكن من اوجه نشاط الكائن العضوى ويقوم هذا التأثير العصبى على اساس عمليه الترابط أو الانعكاس الشرطى . فأصغر الاحداث أو التغيرات فى العالم الخارجى أو العالم الداخلى العضوى للكائن يمكن ان ترتبط بحالات عصبيه معينه مما يسمى بالفعل المنعكس الشرطى .

ويعتبر (بافلوف) التآزر بين النظم الثلاثه الآتيه أساس الصحه النفسيه للفرد أو النشاط العصبى السوى :-

١- نظام الانفعال المنعكسه غير الشرطيه المتمركزه تحت اللحاء وتشمل الغرائز والدوافع والانفعالات وتلتصق بالتصفيه الكروييه للمخ .

٢- نظام الاشارات المباشره نتيجـه عمل الحواس مثل سماع الصـوت أو شم رائحه محـدده أو رؤيه بعض المدركـات .

٣- النظام الاشـارى الثانى ويوجـد فى الفصوص الاماميه من اللحاء ويعتمد على اشـارات النظـام الأول .

وبناء على التآزر بين النظم السابقه تحدث السويه والخلو من المرض واذا حدث اختـلال ما أدى الى ظهور فئتين من الامراض فى رأيـه الهستريا والاعياء النفسى (السيكستيا) فالهستريا تفكك فى النظام الاشارى الأول أما الاعياء فتتكك فى النظام الاشارى الثانـى وأعتبر كل من الاعياء والهستريا يصيبـان الانسان ولا يصاب بهما الحيـوان .

ووجدت هذه النظريه كثير من المعارضين بكيفيه وضع السلوك الحيوانى والانسانـى على مستوى واحـد .

وكذلك حاول (أيزنك) فى نظريته للشخصيه ربط فسيولوجيا الجهاز العصـبى بالسلوكيات الخارجيـه . وحسب نظريته فان الاضطرابات النفسيه تنشأ من تكويـن انعال منعكسه خاطئه بتأثير تفاعل عاملى البيئه والوراثه أى من الاستعداد الوراثـى للعصاب أو ما يطلق عليه (عدم الثبات الانفعالى) وينتج من اضطراب فسيولوجيـا الجهاز الطرفى أو السطح الا نـى من الفص الصدغـى أما ابعاد الانطوائيـه والانبساطيـه فمركزهـا فى التكوين الشبكى وله علاقه بدرجه الانتبـاه .

-واذا وجدت الانطوائيه مع الاستعداد الوراثى للعصاب تؤدى الى حدوث أمـراض مثل القلق والعصاب القهرى والاكتئاب . وتتكون الافعال المنعكسه بسهوله ومن الصعـب اطفائهـا .

- واذا وجدت الانبساطيه مع الاستعداد الوراثى للعصاب نشأت الهستريا والنمــوذج السيكوباتــى للأفــراد .

والانفعال المنعسكه من السهوله انطفائهـا ولذلك يتميز من مريض الهستريا بالقابليـه للايحـــاء .

ويتميز الشخص الانبساطى بانخفاض درجه التنشيط الشبكى والشخصى الانطوائى بارتفاع درجـه التنشيـط الشبكـــى .

محـددات آخــرى :-

الحضاره والثقافـه والحالـة الاجتماعيـه لها اثرهـا البالغ فى تكوين الشخصيه وأيضـاً فى ظهور بعض الانحرافات والاضطرابات . فالظروف الاجتماعيه من فقدان بعض الوالدين أو كلاهمـا . والطلاق والادمان لهم الأثـر السلبى على سلوكيات الأطفال . وأجريت العديد من الدراسات حول نظره المجتمعات الى المرض والسويه والانحراف تختلــف من مجتمع لآخـر . والاختلاف ما بين الريف والحضـر فى انتشار الامراض النفسيــه وغيرها يحتاج لمزيد من البحث والدراسه وكذلك ارتباطها بالطبقه الاجتماعيه وخصوصاً الطبقات الاجتماعيـه والاقتصاديـه غير محدده تحديدا دقيـــق فى مجتمعنا كمــا لا يوجد احصائيـات دقيقــه .

- اساليب المعامله الواليديـة والترتيب الميلادى للطفل والعلاقات داخل الاسره بيـــن الأخوه وأيضا الاستعداد الوراثى وانتقال بعض الجينات من أحـد الابويـن . فقــد وجـد أن بعض العائلات لديها استعداد وراثى لـلاصابـه ببعض الامراض النفسيـــه والعصابيه .

- الضغوط التى يتعرض لها الفرد فى حياته وشدتها وازمانهـــا .
- سرعه التغير الاجتماعى وصعوبه التكيف فى التشكل الحضارى السريع .
- ضعف بعض القيم الدينيه والخلقيه فى مواجهـه التطلعات الفرديه وتحقيق الرغبات الفرديه .

الهستيريـــــــا

أولا : مقدمـــــة :

يشمل لفظ هستيريا مجموعة من الاضطرابات الجسدية والنفسية وتعرف بأنهـــا مرض عصابي يتميز بظهور علامات وأعراض فرضية بطريقة لا شعورية . وهذا اللفظ مـــن أقدم التعبيرات المستخدمة في ميدان علم النفس المرضي فقد ذكرت الاعـــراض الهستيرية عند قدماء المصريين في القرن السادس عشـــر قبل الميلاد ولكـــن لم يستخدم لفظ هستيريا الا عند اليونان القدامى وهي موجودة عن كلمة (هستيـــريا) الرحـــم .

وكان الاعتقاد السائد بأن الهستيريا لها علاقة بالاعراض المرضية الجنسيـــة للرحـــم والحرمان الجنسي . ويتم العلاج والتخلص من هذه الاعراض بالعمـــل على عودة الرحم الى مكانه الطبيعي باستخدام الدهون والزيوت وغيرها . وظلـــت هذه الفكرة لفترة طويلة . ولذلك اقتصر هذا المرض على النساء دون الرجال حـــتى القرن السابع عشر الميلادي حتى أكد (شارل) الطبيب الانجليزي أن مرض الهستيريا يصيب الجنسين في مراحل حياة الأفراد المختلفة ومصدر المرض المخ والجهاز العصبي وليس اضطراب الرحم وتجوله في داخل الجسم نتيجة للحرمان الجنسي .

ومع التقدم في النواحي الفسيولوجية والتشريحية ومختلف العلوم أعزى (شاركـــو) الأعراض الهستيرية إلى الاستجابة للمتغيرات والعوامل النفسية الضاغطة مـــع الاستعداد الوراثي للإصابة بهذا المرض . وأضاف (جانيت) أنه اضطراب فـــي مكونات الشخصية يؤدي الى تفككهـــا .

وأكد " فرويد وبروير" على د ور الخبرة المبكرة فى الطفولة وخصوصا الصد مه الجنسية وقام بعلاج حالات الهستيريا باستخدام التداعى الطليق . ولاقت هذه الفكـــــرة الكثير من النقد لاعزاء العرض الى الخخبرة الجنسية الصادمة . وبهذا قدمت نظريـــة التحليل النفسى الفهم للميكانيزمات اللاشعورية المؤدية لهذا العرض وتأثير خبـرات الطفولة فى تكوين الشخصية الهستيرية وقدمت بعض الآراء الفسيولوجية وخاصة " بافلوف " فقد أوضح أن المصابين بالهستيريا يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفـــة والقشرة المخية تقوم بدور هام فى كف واحباط مراكز تحت القشرة فى المخ . وهـــذا الضعف يؤدى الى اثارة ما تحت القشرة وتصبح هذه المراكز مصابة بعدم التـــوازن والاندفاع والتهور . وعند تأثير الضغوط والشدائد تظهر المنعكسات البدائيـــة الاولية دون سيطرة عليا عليها وبالتالى تظهر الأعراض الهستيرية . ويلاحظ مـــدى التشابة بين القشرة المخية للطفل والشخصية الهستيرية .

ثانيـــا : العوامل المهيئة لحدوث الهستيريا :

بعد توضيح مختلف الآراء فى المقدمة السابقة . الا أن ظروف ومتغيرات التنشئـة الأسرية الاجتماعية . وأساليب المعاملة الوالدية بالذات لها أثر مهيء لحـــدوث الأعراض الهستيرية ومنهـا :-

١- التدليل الزائد والمبالغـة فى مدح الطفل أو الطفلة وتناول سلوكياتهـــم بالتفخيم والاهتمام الزائد بكل ما يصدر عنه وخصوصا بعد سن الرابعة وحـــتى العاشـــرة . وتظهـر الأعراض فى مرحلة الطفولة المتأخرة والبلوغ ومع المراهقـة بالنسبـة للأطفـال المدلليـــن .

٢- المبالغة فى حماية الطفل ومنعه من القيام بالانشطة والمسالك الخاصــــة

بتوكيد ذاته أو اعطائه المزيد من الثقة بالنفس . وبذلك يصبح الطفل غير ناضج اجتماعيا وانفعاليا لفقده الاحتكاك والتعامل مع الآخرين وتحدث لدى غالبية الأطفال المرضى أما الطفل أو الطفلة الوحيدة .

٣- اشعار الطفل دائما بأنه مميز عن بقية الأخوة أو الاخوات أو الزملاء فى الفصل والمبالغة فى رعايته اما لمرضه أو لجماله وجاذبيته .

وبذلك يتكون لدى الطفل مفهوم غير حقيقى وواقعى عن ذاته وكأنه مميز فى كل شىء وعن مواجهته بالحقيقة أو تعرضه للمشكلات وتحمل المسئوليات يشعر بالاحباط والفشل . وتظهر الأعراض الهستيرية كوسيلة طفلية لاسترداد الحب والاهتمام والرعاية ولكن هذه المرة طلب الرعاية والاهتمام بطريقة غير سوية .

وتحدث الاضطرابات الهستيرية بين الاناث والسيدات أكثر منها بين الرجال وقد تبلغ نسبة (٥ : ١) ولكن التعبير عن الانفعالات والضغوط ومواجهة الشدائد قد تأخذ صورا أخرى عند الرجال . ففى الحرب العالمية الأولى كثرت الأعراض الهستيرية لدى المحاربين والحرب العالمية الثانية كثرت الأمراض السيكوسوماتية .

ونظرا لحدوث الهستيريا يرجع لعاملين أساسيين هما : الوراثة والبيئة فاذا قدمنا فيما سبق بعض أساليب المعاملة الوالدية المسئولة عن الاضطراب الهستيرى ولكن لا يغفل دور العوامل الوراثية فى حدوث الاستعداد للمرض . ويزداد حدوث الأعراض الهستيرية فى الأطفال وفى سن البلوغ. ومن الصعب تحديد نسبة انتشار الاضطرابات الهستيرية بين الأفراد .

ثالثـــا : الشخصيـــة الهستيريـــــة :

تتميز الشخصية الهستيرية ببعض الخصائص الانفعالية والسمات التى تميزهـــا عن غيرها من الشخصيات العصابية الأخرى ومنهـا :-

١- تمتاز الشخصية الهستيرية بالأنانية (التمركز حول الذات) . وهو الاهتمـــام الزائد بذاته وأموره ومصالحه الشخصية دون الاهتمام أو النظر الى اهتمامـــات الآخرين المحيطين به . مع محاولة جذب الاهتمام الدائمة نحوه من قبل الآخريـــن والاستعراضية والمبالغة فى كثير من الاصابة فى الملبس والمظهر بصفة عامـــة ولفت أنظار الآخريـــــــن .

٢- العلاقات بين الشخصية تتصف بالتعدد والاتساع . أى كثرة الصداقات الا أنهـا علاقات سطحية بدون دراسة أو اهتمام . بجانب وجود عدم الاتزان أو الاستقـرار الانفعالى فانها دائمة متغيرة .

٣- الشخصيات الهستيرية تتميز بعدم الاعتماد على النفس والتواكل ولا يتحملـــون المسئولية الذاتية أو المسئولية تجاه الاخرين ويعبرون عن ذلك بعـدم القـدرة أو التمارض والهروب من المواقف التى تحتاج الى مجهود ومثابرة .

٤- تتميز الشخصية الهستيرية بعدم النضج الانفعالى : ويعنى ذلك التغير السريـع فى الانفعال من حالة لأخرى . وعدم الثبات الانفعالى والتذبذب فى تكويـــن العاطفة نظرا لعدم ثبات الحالة الانفعالية . وعدم القدرة على ضبط الانفعالات أو التعبير عنها بطريقة ثابتة مستمرة تميز هذه الشخصية بالعلاقات الاجتماعيـــة فى العمل أو فى أى مجال بعدم الاستقرار .

٥- تتميز الشخصية الهستيرية بالقابلية للايحاء . وهو تقبل أفكار وآراء الاخريـــــن دون نقد أو مناقشـــة والتأثر بها . ويتفاعل مع الاحداث والشخصيات المثيـــرة

انفعاليا . ويشبه فى ذلك الحالة الانفعالية الطفلية ولذلك يستخدم الايحاء فى علاج الحالات الهستيرية فى كثير من الاحوال .

٦- عدم التحكم فى الانفعال وضبطه ونظرا للتغير السريع للحالة الانفعالية لدى الفرد الهستيرى فأحيانا ماينتابه شحنه انفعالية قوية من سرور وابتهاج ونشوة وسرعان ما تتقلب الى حزن وغضب وتظهر بعض المواقف المسرحية فى وجود الآخرين وهذا مايميز النوبات الهستيرية لجذب انتباه واهتمام الآخرين من حوله.

٧- القدرة على التعدد فى الشخصية . ونظرا للاسباب السابقة نجد أن الشخصية الهستيرية تستطيع الانقلاب (الانفصال) من خصائص انفعالية مميزة لشخصية ما الى خصائص انفعالية أخرى تتلاءم مع الموقف الجديد أى أنهم يمتلكون القدرة على الهروب من المواقف وسرعة التغير .

رابعا : تصنيف الأعراض الهستيرية :

تعتبر الأعراض الهستيرية أكثر الأعراض العصابية انتشارا لأنها تشتمل على كل من ردود الفعل العصابية النفسية والجسديه معا . كما أن بعض الاعراض والاضطرابات الهستيرية كثيرا ما تصاحب الأمراض النفسية أو العقلية وأحيانا مع الأمراض العضوية المزمنه . وبعد أن قدم " فرويد " تفسيره لحدوث الهستيريا وعلاج الحالات الهستيرية قامت هناك محاولات لتصنيف الأعراض الهستيرية منها تصنيف " كاميرون " " جاك روسترينج " و " عكاشة " وسنقدم التصنيفات الثلاث من صورة مقارنة .

تصنيف الاعراض الهستيرية

أولا : "عكاشة" :

الاضطرابات الهستيرية

تحولية C.D

حركية
- الشلل
- فقدان الصوت
- ارتجاف الاطراف
- اللازم
- النوبات الهستيرية
- الغيبوبة الهستيرية
- الاضطرابات الجلدية
- الجوال الهستيرى والسير الهستيرى

حسية
- فقدان الاحساس
- العمى الهستيرى
- الصمم الهستيرى
- فقدان التذوق أو الشم
- الالام الهستيرية

حشوية
- الصداع
- الغيشان أو القى الهستيرى
- الحمل الكاذب
- فقدان الشهية العصبى
- صعوبة التنفس
- السعال
- الام بالظهر

التفككية الانشقاقية
- فقدان ذاكرة
- الشرود الهستيرى
- شبه العته الهستيرى
- تعدد الشخصية
- الجوال الليلى

ثانيـــا : تصنيـــف " كاميرون "

- الهستيرية التوقفية
  - فقدان الصوت
  - فقدان الشهية
  - الشلل وفقد الاحساس
  - فقدان البصر

الاضطرابات الهستيرية اللاارادية

- الاغماء
- فقدان الذاكرة
- الخلجات
- تعدد الشخصية
- المشى أثناء النوم

ثالثـــا : تصنيف (جاك روى سترينج)

الهستيرية التحولية

حالات التفكك الهستيرى
- فقد الذاكرة

النوبات الهستيرية

من عرض التصنيفات الثلاث السابقة يتضح الآتـــــــى :

- الهستيريا التحولية فى تصنيف عكاشة هى نفسها عند " جاك سترينج " وتقابـــــل التوقفيـة عند " كاميرون " . والهستيريا اللا ارادية عند (كاميرون) تقابل التفككية عند كل من " عكاشـة ، وسترينج " .
- العملية الداخليه النفسية فى حالات الهستيريا التحولية هو تحول للصــــــراع النفس والتوتر بعد كبتـه الى عرض عضوى أو جسمى وله معناه الرمزى وقد أظهرت ذلك نظرية التحليل النفسى ولكن لا يدرك الفرد الهستيرى العلاقة بيــــــن العرض العضـوى والسبب الخفى ورائه وبذلك يتم التحـول لا شعوريا . وأحيانـــا لا اراديا كما فى الهستيريا التفككيـة عند كل من "كاميرون"، "عكاشة".
- والهستيريا التحولية (الحسية) عند "عكاشـة " تقابل التوقفية عند " كاميـــرون" من وجهـة نظر فقد العضـو للاحساس من حيث الوظيفة وهى ماعبر عنهـــــا كانون بتوقفه عن آداء وظيفتــه .
- النوبات الهستيرية فى تصنيف " سترينج " هى نفسهـــا عند عكاشـة فى الهستيريا التحولية (الحركيـــة) .
- التصنيف الذى وضحـه " عكاشـه " اشتمل كل أنماط الاستجابات الهستيريــــــا أو بمعنى أوسع الاضطـرابات والأعراض الهستيرية .

وواضـح به الربط بين العضو الذى اشتمله الاضطراب هل هو حركى أم حســـــى أم حشـوى أم ادراكى وعقلى . وهذا واضح من التصنيف السابق .

خامسا : هستيريا التبدين والأمراض اليكوسوماتيه :

غالبا مايختلط الأمر بين الأمراض السيكوسوماتية والهستيريا التحولية (التبدينية) (Conversation Hysteria) فى مظاهر الأعراض . فالأعراض فى كليهما أعراض جسديه كتعبير عن الانفعالات . ويمكن التمييز بين كل منهما في أوجه الاختلاف الآتية :

١- من حيث دلالة العرض ومغزاه :

فالأعراض فى هستيريا التبدين أعراض فيزيائية تمثل بشكل متنكر اشباعا لرغبة غريزية لاشعورية أو كفا لها أو الأمرين كليهما . مما يجعلها تعبيرا رمزيا عن صراع لاشعورى ومن هنا تنطوى الأعراض الفيزيائية على دلالة . وان لم تكن شعورية بالنسبة الى صاحبها بخلاف الأعراض السيكوسوماتية التى تخلو من كل دلالة رمزية للعرض الخاص بعضو ما (أى ليست هناك أدلة لهذه الرمزية حتى الآن) . ومعظمها أعراض شعورية ناتجه عن ازمان الانفعالات النفسية واستمرارها لمدة طويلة مع بقاء المثير الخارجى أو الداخلى المسئول عن هذا الاضطراب مع الاستعداد الوراثى السابق على الاصابة ونمط الشخصية كعامل محدد .

أ - الانفعالية أو هى المغالاة الهائلة فى القابلية للايحاء وعدم الاستقرار الانفعالى التفكك ، تفجرات انفعالية فى نوبات من البكاء أو الصراخ .

ب - الشعورية : انعدام الحساسية (Anesthesius) واضطرابات الوظائف الحسية من عمى أو صمم .... الخ . النوم ، الأوجاع الهستيرية فقدانات الذاكرة .

جـ - الحركية : شلل حركى (دفاع فعل) - شلل ارتعاشى - نوبات تشنجية - قصورات فى التناسق الحركى - الخرس الهستيرى .

د - الأعراض الأكثر خطورة : الولع بالأكاذيب - الهلوسات - الجولان النائم التخشب - الحبل الكاذب . ولو أن اللوحه الكلينيكية لهستيريا التبدين تكثرية الشكل الى أبعد حد .

ويحدث لعريض هستيريا التبدين (التحولية) أعراض تحولية نتيجة لمواجهة مشاكل أو موقف لم يستطيع الفرد حلها أو تقبلها فتظهر عليه الأعراض الجسدية وبذلك يتحقق للمريض هدفين هما حماية نفسه من مواجهة هذا الموقف ، ولهذا يلاحظ على مريض هستيريا التبدين عدم الاكتراث بالعرض رغم مايسببه من اعاقة نظرا لما يحققه من هروب عن مواجهة المواقف . ويستدر بهذا العرض عطف واهتمام المحيطين به ولذلك يلاحظ حدوث النوبات التشنجية أو النوبات الهستيرية دائما فى وجود الآخرين . ولكن فى مرضى الأمراض السيكوسوماتية فلا يوجد للعرض دلالة رمزية أو هدف . وليست اشباعات بديله عن انفعالات مكبوتة كما هو الحال فى التحول . بل هى أحداث فسيولوجية مما يصحب هذه الانفعالات . وتعتبر من هذه الناحية اعداد الكائن الحى ، ولكنه اعداد جسمى أى توافق (داخلى التأثير) على حد تعبير (كانون) ولكى يكون التكيف وبالتالى تخفيف التوتر كاملين فلابد من توافق خارجى التأثير . أى فعل متكيف مع الواقع أو على الأقل تعبير مناسب عن الانفعال . وعندما تزمن حالة من هذا القبيل تصبح مرضية ومصدر للمرض .

٢- من حيث سيطـرة الجهـاز العصبـي :

تختلف الأعراض الهستيرية عن الأعراض السيكوسوماتية فى أنها تنشأ فى الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الارادى . فنجدها تصيب الوظائف الادراكية كحركة الأطراف أو العمليات الادراكية كالابصار أو الأحبال الصوتية ولذلك تكون لها طبيعة ارادية الا أن الأمراض السيكوسوماتية تحدث فى أجزاء من البناء الجسمى التى تستثار بواسطة الجهاز العصبى المركزى اللاارادى كالمعدة والشعب الهوائية فى الرئتين والجلد والشرايين وهى أعضاء لا تخضع للتحكم الارادى ما عدا التهاب المفاصل الروماتيزمى الذى يسبب تلفا للعضلات الهيكلية ونوبات من الألم المستمر رغم أن العضلات الهيكلية يسيطر عليها الجهاز العصبى اللاارادى ولهذا اثارت تلك الفئة المرضية اعتراض بعض الأطباء على الشروط التى ذكرتها رابطة الطب النفسى الأمريكى للشرط الذى ينص على سيطرة الجهاز العصبى اللاارادى على الاعضاء والأجهزة التى يشملها العرض السيكوسوماتى . ورغم ذلك تعتبر الـ ى الآن ضمن الفئات السيكوسوماتية التى تعتبر اصابة عضوية فى بناء الأنسجة وليست اضطرابا وظيفيا فى آلية عمل العضلات أو المفاصل أو الشرايين والأوردة المغذية لها مثل الصداع النصفـي .

٣- من حيث الميكانيزم الدفاعي المستخدم :

تتميز هستيريا التبدين بميكانيزم الكبت . فيرى وارين ، ١٩٣٤ " أن الهستيريا هى عصاب نفسى ينجم عن صراع ما بين الأنا والنزعات البدائية للهى حيث تتعرض هذه النزعات الأخيرة للكبت ومن ثم تكون بذلك مستبعده من التعبير الشفوى المباشر

ويفترض أن المادة المكبوتة اللاشعورية تجعلها منصرفا فيزيائيا غير مباشر عبر التبدين مما يتمخض عن الأعراض الهستيرية . ويؤكد هذا ماتوصل اليه (فرويد ١٨٨٥) من أن الهستيريا تتجه عن صدمة نفسية لا يكون للمريض عنها تذكر شعوري ويستخدم هذا للدلالة على عدم الاستقرار الانفعالي والايحاء ، وعندما يجد الصراع المكبوت اللاشعوري تعبيرا في اضطراب فيزيائي فان (فرويد) أطلق على ذلك (هستيريا تبدين) .

بينما نجد أن أهم ميكانيزم دفاعي لدى المرضى السيكوسوماتيين هو الانكار وقد سجل (فيشر) مقابلات شخصية لعشرين مريضا (١٢ رجل ، ٨ سيدات) وكل منهم له تاريخ حالي أو ماضي لمرضين أو أكثر من الأمراض السيكوسوماتية . وهؤلاء المرضى من فئات مرضية مختلفة وتم التأكد من التشخيص . وتم استخراج صنفين مميزين لهم :

١- يبدو المكون الأساسي لفكرهم ومعتقداتهم من انعكاسات على زيادة التوفيق في التفصيلات التافهه للأحداث الخارجية المحيطة بهم أو الأفعال . وفي هؤلاء المرضى لا يوجد تخييلات مميزة تعبر عن المشاعر الداخلية أو الدوافع لديهم . وتبدو أفكارهم سطحية عديمة التمييز .

٢- أن هؤلاء المرضى يختلفون عن الذين يعانون من الاضطرابات العصابية والذهانية في كثرة تخييلاتهم الداخلية وعدم تمييز تعبيراتهم عن مشاعرهم . ولهذا يعتبر لديهم الامكانية الكافية على تحمل معاناة المشاعر والتعبير عنها داخليا وهذا مايوضحه ميكانيزم الانكار بمفهومه السيكولوجي .

الاكتئـــــــاب

أخذت معظم الاضطرابات الوجدانية الاهتمام الكافى بها فى جوانب شتى لسنوات طويله . لكن الاهتمام بدراسة الاكتئاب ازداد فى العقدين الآخيرين فقط من وجهة النظر المعرفية . على الرغم من أنه أكثرها انتشارا أو شيوعا فينتشر بنسبة (٥٪) بين المجموع العام كمرض . وبنسبة واحد من بين كل عشرة أفراد كنوبة اكتئابية وهذه النوبات تنتهى بنسبة (٢٥٪) بعد مرور شهر بدون مساعدة أو علاج وتنتهى الأعراض بنسبة (٥٠٪) بعد ثلاثة شهور بدون تدخل علاجى (أمينسون وليوفيسهون Amenson & Levinsohn، ١٩٨١) . ولقد لخص (وليمس Williams ١٩٩٢) أسباب تأخر الدراسة فى مرض الاكتئاب الى ثلاثة أسباب اساسية وهى :

أولا : يبدو الاكتئاب وكأنه ناتج عن اضطراب بيولوجى أكثر منه نفسى والتطور الذى حدث فى أدوية مضادات الاكتئاب ونتائجها دعمت هذه الفكرة والتى تعزى حدوث الاكتئاب الى الاختلال فى المكونات الأمينية فى المخ .

ثانيا : الأعراض الخاصة بالاكتئاب كثيرة ومتنوعة ، وكان ينظر الى أعراض الاكتئاب ككف أو انطفاء . وترجع هذه الأعراض الى فقد التدعيم من المحطين بالفرد فيضعف السلوك والنشاط للفرد .

ثالثا : يعزى حدوث الاكتئاب الى رد فعل لصدمه كبيرة وظهور الاستجابات الاكتئابية لهذه الصدمه . وعند حدوث الاكتئاب في حالة عدم وجود

صدمة يرجح اعزاء حدوث الاكتئاب الى الاستعداد لهذا الاضطراب .

وهناك الكثير من الأفكار المعاصرة التى أكدت على الدور المركزى للعوامل المعرفية فى حدوث الاكتئاب . فقد أشار (بلاكبورن وآخرون ، ١٩٧٩) الى أن العدائية العامة فى اتجاهيها أى العقابية الداخلية والخارجية التى تقاس باختبار العدائية واتجاهها (HDHO) تعكس الافكار ووجهة النظر السالبة والمسقطة لدى الاكتئابيين . ويمكن النظر الى العدائية كمفهوم معرفى وكجزء من الاتجاهات العامة السالبة التى تؤدى الى الانفعال الاكتئابى العلاقة بين العامل المعرفى والانفعالى معروفة منذ فترة طويلة فوجد كل من (سكاكتير وسنجر Schachier & Singer أن الانفعالات التى يظهرها الأفراد تعتبر وظيفة للموقف المعرفى وبذلك يعتبر الانفعال رد فعل لحدث داخلى معرفى (دافيد وآخرون David et al ، ١٩٩١).

ويؤكد كل من (فالينس Valins ، ١٩٦٦) و"لازاروس Lozarus ، ١٩٦٦) و (اليس Ellis ، ١٩٦٢) و (ماهونى Mahoney ، ١٩٧٤) على أن الأحداث الداخلية للفرد مصدرها المعلومة المعرفية . وعندما يظهر على الفرد مظهر انفعالى واضح يعتبر رد فعل للجانب المعرفى وأشهر نظرية معرفية وضعت للاكتئاب هى نظرية "بيك" (١٩٦٧ - ١٩٨٧) والتى حدد فيها الانحراف الأساسى فى تفكير الاكتئابى فى ثلاث اتجاهات أطلق عليها

الثلاثى المعرفى السلبى وهى النظرة السالبة للذات والحاضر والمستقبل وبوجود بعض الظروف البيئية تظهر بداية الصبغة السلبية للأفكار ومن هنا تغيرت النظرة للعالم فى كتاباته الحديثه وطبقا لوجهة نظر " بيك " فان الأعراض الأخرى مثل النواحى الوجدانية أو الدافعية تعتبر ثانوية بالنسبة للانحراف المعرفى لديهم (بيك Beck ، ١٩٧٩) وتبعا لنظرية (بيك ، ١٩٨٧) التى ابرزت الخصائص المعرفية المميزة لمعتقدات وأفكار الاكتئابيين عن غير الاكتئابيين من مرضى وأسوياء :

١- السلبية Negativity أفكار الأشخاص المكتئبين أكثر سلبية عنه لدى غير المكتئبين .

٢- الثلاثى Triad ويتميز الأفراد المكتئبون بنظرة سلبية الى الذات (S) والعالم (W) والمستقبل (F) وهذه النظرة السلبية تشمل كل فئات الاكتئاب الاحادى القطب . وهذا النمط من أنماط الاكتئاب الذى اهتمت به نظرية " بيك " .

٣- التلقائية Automnaticity الأفكار والمعتقدات السالبة تتكرر بتلقائية وغير متعمدة ولكن غير قابلة للسيطرة عليها .

٤- المنع أو الصد Exclusivity تشيع بين الاكتئابيين الأفكار السلبية ولديهم صد تلقائى للأفكار الايجابية ومحاولة استبعاد التقييمات الشخصية الايجابية للأفراد الآخرين .

وترتبط المعارف السالبة لمريض الاكتئاب مع شدة الاعراض غير المعرفية للاكتئاب والأفكار الاكتئابية السالبة تعكس أسس العملية المعرفية مثل التذكر الاختيارى

للمواقف السلبية والحزينة أو تحريفات الواقع.

ويوضع الاكتئاب ضمن الاضطرابات الوجدانية فى كل من DSM III دليل تشخيص الأمراض العقلية الذى تصدره رابطة الأخصائيين الأمريكية ICD-9, دليل تشخيص الأمراض الذى تصدره منظمة الصحة العالمية . وينقسم الاكتئاب الى فئتين . ثنائى القطب Bipolar ويتميز بنوبة هوسية ونوبة اكتئابية بالتبادل والاكتئاب أحادى القطب Unipolar وينقسم بدورة الى نمطين هما الاكتئاب الأساسى (MDP, Major depression disorders والاضطراب الدايثيمى Dythymic disorders وهذا الأخير يتميز بنوبات اكتئابية مزمنه متوسطة الشدة وتحدث لمدة سنتين على الأقل ولا يصاحبها ميلانكونيا (النظرة السوداوية) . وأجريت محاولات لتقسيم الاكتئاب من حيث المنشا الى endogenous داخلى النشأة وخارجى النشأة . exogenous مع الأخذ فى الاعتبار معيار الأحداث الخارجية المسئولة عن الاكتئاب الخارجى النشأة . والتغيرات فى المركبات الأمينية فى المخ فى الاكتئاب الداخلى النشأة ولكن وجد العديد من الباحثين والعلماء . أن أحداث الحياة وضغوطها توجد فى الاكتئاب داخلى النشأة مثل بقية فئات الاكتئاب مثل (بيكيل Paykel ، ١٩٨٩) . كما أجرى أوفرال وهولستير (Overall & Hollister ، ١٩٦٦) تحليلا عامليا لأعراض كل من الاكتئاب التفاعلى والداخلى المنشأ فحصلا على أربعة أنماط وهى الاكتئاب القلقى (anxious d) والاكتئاب التهيجى (agitated d)

والاكتئـــاب العدائـي (Hostile d) والاكتئاب المتأخر(retard)

ووجـد (يونـج وأخرون Young, et al ، ١٩٨٦) أربع مجموعات مقسميـــــن الى مجموعتيـن حسب وجـود أو عـدم وجـود النظـرة السوداويـة (anhedonia) او وجود مظاهـر الخمول Vegetative مثل التغيـر فى الشهية والنوم . كمـــا أجريت محاولات لاظهـار تاريخ أسـرى لكل فئـة ولكنهـا لم تصل الى نتائج مميزة لكـــل فئـة . أكـد (روبنس وآخـرون Robins, etat ، ١٩٩٠) أن الاكتئـاب داخلـــي النشـأة لا يعتبر فئـة تـدل على سبب حـدوث الاكتئـاب ولكنهـا زملـة من الأعـراض محـــددة وبقيـة الفئـات ممكـن تسميتهـا اكتئـاب غير داخلي أو تفاعلـى (reactive d) كما أشـار اليـه (سبتزير وآخـرون Spitzer et al، ١٩٧٨) فى الأعـــراض المحـــددة التاليـــة :

١ـ مشاعـر ذنب عاليـــة ٢ـ الاستيقاظ المبكـر فى الصباح مع المعاناة من الأرق .
٣ـ فقد الشهية وفقد الوزن ٤ـ التأخـر الحركى النفسى والخمول .
٥ـ فقد الاهتمامات البيئية والاستمتاع بالانشطـة المعتـادة .
٦ـ نقص الدافع الجنسـى . وهـذه الأعراض الستة المحددة تتشابه مع أعراض الاكتئـــاب الأساســـى (MDD).

وفيما يلى مقارنة بين تصنيف (DSM III) وتصنيف (ICD-9) للاكتئاب أحاد القطب unipolar.

نظام التقسيم	أنماط الاكتئاب الأساسي (MDD)				الاضطراب الدايسثيمي (DD)
	غير نوعي	يشتمل على الميلانكوليا	بدون ميلانكوليا	معه مظاهر ذهانية	
DSM III	الاكتئاب الهوسي والنمط الاكتئابي	ميلانكوليا لا إرادية	عصبية اكتئابية	يشتمل على ميلانكوليا لا إرادية – اكتئاب ذهاني تفاعلي	أعصبة اكتئابية
ICD 9	الاكتئاب التفاعلي الهوسي والنمط الاكتئابي	اكتئاب داخلي النشأة ويشتمل على ميلانكولية لا إرادية	اكتئاب تفاعلي	الذهانية الاكتئابية – اكتئاب تفاعلي ذهاني – اكتئاب ذهاني تنس النشأ	اكتئاب عصابي

وواضح من التصنيفين بالجدول السابق التداخل بين الاكتئاب الأساسي والاضطراب الدايشيمي بوجود الأعصبة أو الاكتئاب العصابي في كل منهما . وأيضا وجود الاكتئاب التفاعلي في ثلاث فئات تبعا لتصنيف (ICD-9) ووجوده مع الفئة التي تشتمل على المظاهر الذهانية بالاضافة الى الميلانكونيا في تصنيف (DSM III) . ومن هنا يصعب التمييز بين الفئات الأربع للاكتئاب الأساسي . ويتضح أيضا أن الاضطراب الدايشيمي يشتمل فقط على الاكتئاب العصابي وهو ليس موضوع اهتمام الدراسة الحالية . ولهذا اقتصرت الباحثة عينة البحث على مرضى الاكتئاب الأساسي هذا بالاضافة الى التطابق المتناظر في تصنيفاته لأربع فئات في كل من (ICD -9, DSM III).

الاكتئاب الأساسي : Major depression:

هو أهم فئة وأكثر شمولا في الاكتئاب أحادى القطب . ولقد وضع "سبتيرز وآخرون ، ١٩٧٨) مجموعة الأعراض التي تميز الاكتئاب الأساسي . وهي الفئة التي تناولها " بيك " في نظريته ، ويصيب الفرد لمدة أسبوعين بأعراض اكتئابية حادة وأحيانا يصاحبه ميلانكونيا أو بدون ميلانكونيا أو مظاهر ذهانية وهذه الأعراض هي :

- صعوبة الدخول في النوم أو النوم لمدة طويلة .
- الشعور بالتعب والاجهاد وانخفاض نشاط الفرد .
- التأخر الحركي النفسي والشكوى الجسدية بدون مرض جسدي .
- مشاعر ذنب عالية لدرجة وهمية .
- عدم القدرة على التفكير أو التركيز .
- تراود الفرد فكرة الانتحار أو قيامه فعلا بمسلك انتحاري .

- فقد الشهية ونقص الوزن أو فى بعض الاوقات زيادة الشهية وزيادة الوزن .

ونقدم مجموعة من الدراسات عن الاكتئاب :

أولا : دراسات خاصة بالفروق بين الجنسين فى نسبة انتشار الاكتئاب أو فترات حدوثه :-

دراسة (أمينسون وليوفيسهون (Amenson & Levinson، ١٩٨١) وشملت تلك الدراسة (١٠٠٠) فرد من المجتمع . فوجدا نسبة انتشار الاكتئاب بين الاناث أعلى منه لدى الرجال . ولكن وجد أن نوبة الاكتئاب لأول مرة فى حدوثها تصل نسبتها الى (١ر٧٪) فى الرجال وفى السيدات (٩ر٦٪) ولكنها تستمر لمدة أطول مع السيدات ويحدث للسيدات فى عمر زمنى أقل من عمر الرجال . ونسبة (٨ر٢١٪) من السيدات تصاب بنوبة الاكتئاب مرة أخرى بينما تصل فى الرجال الى (٩ر١٢٪) . أعزا الباحثان هذه الظاهرة الى كثرة الضغوط الحياتية على النساء من عمل وعناية بالأطفال بالاضافة الى التغير الهرمونى وخصوصا أثناء الدورة الحيضية .

وقام كل من (جيرسون وليبهوويتز Gershon & Liebowitz، ١٩٧٥) باستخدام كل من تصنيف ICD-9, DSM III فى تصنيف الاكتئاب فوجدا أن الاكتئاب لدى السيدات أحادى القطب أكثر منه لدى الرجال بفارق دال احصائى فى كل من الدنمارك وانجلترا واسكتلندا واستراليا وكندا واسرائيل وويلز .

وأكد كل من (وايزمان وكليرمان Weissman & Klerman، ١٩٧٧) أن الاكتئاب بين الاناث ثلاثة أضعافه بين الرجال . وأعزى (براون وهاريس Brown & Harris، ١٩٧٨) الاكتئاب بين السيدات بنسبة أكبر عنه لدى

الرجال الى زيادة ضغوط وأعباء الحياة على السيدات وخصوصا العاملات بالاضافة الى ضعف التدعيم الاجتماعي لهن .

وفي دراسة (سيوسان وهوكسيما Susan & Hooksema ، ١٩٨٧) عن الفرق بين الجنسين في مرض الاكتئاب أحادي القطب وأعزوا ارتفاع نسبة حدوث الاكتئاب الآحادي القطب بين الاناث عن الذكور لأن الرجال يميلون الى النشاط أكثر تجاه الاستجابات والمشاعر السلبية لديهم ولهذا يظهروا أكثر تكيف من الاناث وأيضا الاناث أكثر تشاؤم وأقل نشاط .

دراسة (روسينتال Rosenthal ، ١٩٧٨) حيث افترض عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بينهم لصالح الاناث .

وكذلك قام كل من (ستانجلير برينتز Stanger & Printz) بجمع التشخيص الخاص بطلاب جامعة واشنطن من العيادة النفسية للطلاب فوجدوا من بين (٣٢) حالة اكتئاب (١٨) اناث ، (١٤) ذكور وتم تشخيصهم كاكتئاب أساسي والفروق في الأعراض غير دالة .

قام (فادينس Fadens ، ١٩٧٧) بحصر مرضى الاكتئاب خارج المستشفيات في الفترة من (١٩٧٤ - ١٩٧٥) فوجد فروق دالة احصائيا بين الاناث والذكور لصالح الذكور في الاكتئاب الذهاني .

ثانيـــــا : دراسات خاصة بالأسلوب المعرفي لدى مرضى الاكتئاب ومقارنتهـــــم بمجموعات أخرى من اضطرابات مختلفة أو أسوياء . وجمعت الباحثة الدراسات السابقـــة في هـذا القسم في اتجاهات ثلاثة وهي فكرة الاكتئابي واعتقاده عن ذاته وعن المستقبـــل والعالــــم .

أ) دراسات خاصة بالذات لدى الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

الباحث	العينة	الأداة	النتائج
أسارنو وكارلسون وجوثري Asarnow, Carlson & ١٩٨٧، Guthrie	١٤ اكتئابي، ١٦ غير اكتئابي في عمر ما قبل المراهقة	اختبار تقدير الذات الكفاءة	غير الاكتئابيين أعلى في تقدير الذات والمكتئبين حصلوا على درجات منخفضة في الكفاءة المدركة والاجتماعية
بيك وستير وإبستين وبراون Beck, Steer, Epstein & ١٩٩٠، Brown	٢٢٥ حالة اكتئاب أحادي القطب، ٢٩ اكتئاب ثنائي القطب، ٢٢٩ اضطراب قلق، ٤٩ اضطرابات سيكاترية أخرى	اختبار بيك لمفهوم الذات	مرضى الاكتئاب بوجه أقل من حالات القلق ومتساوين مع المجموعة الثالثة (مرضى الاضطرابات السيكاترية)
براون وبيك ١٩٨٩ Brown & Beck	٧٩ مريض اكتئاب بدون أعراض قلق، ٨١ اضطراب قلق بدون أعراض اكتئاب، ٢٤ اضطرابات سيكاترية أخرى	اختبار بيك لمفهوم الذات	مجموعة اضطرابات القلق والاضطرابات السيكاترية الأخرى أعلى مفهوما للذات من مرضى الاكتئاب
كازدين ١٩٨٩ Kazdin	٤٧ مكتئب، ١٧٤ غير مكتئب	اختبار بيك لمفهوم الذات	غير المكتئب أعلى تقديرا للذات
مككولي وآخرون ١٩٨٨، McCauley et al	٧ مكتئب، ٢١ غير مكتئب العمر (٧-١٧ سنة)	مقياس بيرز وهاريس لمفهوم الذات لدى الأطفال	غير المكتئبين أعلى من حيث تقدير الذات
ديري وكويبر ١٩٨١، Derry Kuiper	١٦ مريض اكتئاب، ١٦ غير مكتئب ويعاني من اضطرابات سيكاترية أخرى، ١٦ أسوياء وكل العينات السابقة من الإناث	اختبار لوصف الذات	الاكتئابيون أعلى من حيث الأوصاف السالبة
دوبسون وشو ١٩٨٧، Dolson & Shave	٢٤ مكتئب، ١٤ غير مكتئب ويعاني من اضطرابات سيكاترية أخرى، ١٤ مرضى بأمراض جسمية	اختبار لوصف الذات	يوجد فروق دالة بين الاكتئابيين وبعض المجموعات في السلبية لصالح الاكتئابيين.

ب) دراسات خاصة بالنظرة للمستقبل لدى الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

الباحث	العينة	الأداة	النتائج
ابراسون وآخرون ١٩٧٨، Abramson et al	٨ مرضى اكتئاب، ٨ مرضى اكتئاب مع أعراض فصامية ، ٨ فصام بدون أعراض اكتئابية ومجموعة ضابطة بأمراض جسدية	اختبار اليأس HS	الاكتئابيون أعلى من كل المجموعات على اختبار اليأس ومجموعة مرضى الاكتئاب بأعراض فصامية أعلى من الفصاميين بأعراض اكتئابية
كازدين ١٩٨١، Kazdin	١٧ مريض اكتئاب، ١٧٤ اضطرابات سيكاترية أخرى العمر (٧-١٢ سنة)	مقياس اليأس للأطفال	الفروق دالة احصائيا على مقياس اليأس لصالح مرضى الاكتئاب
أسارنو وبايتز ١٩٨٨، Asarnow & Bates	٢٢ مكتئب، ٢٢ غير مكتئب كمجموعة ضابطة العمر (٧-١٤ سنة)	مقياس اليأس للأطفال	يوجد فروق دالة إحصائيا لصالح الإكتئابيين على مقياس اليأس.
براون وبيك ١٩٨٩، Brawn & Beck	٧٦ مريض اكتئاب بدون أعراض قلق، ٨٢ قلق بدون أعراض اكتئاب، ٢٤ بدون أعراض قلق أو اكتئاب	مقياس اليأس للأطفال	مجموعة مرضى الاكتئاب بدون أعراض قلق أعلى المجموعات على مقياس اليأس
هاملتون وأبرامسون Hamilton & Abramson ١٩٨٣،	٢٠٠٠ مريض اكتئاب، ٢٠ غير اكتئابي ولديهم اضطرابات سيكاترية أخرى ٢٠ أسوياء كمجموعة ضابطة	إختبار اليأس	الاكتئابيون أعلى المجموعات على اختبار اليأس

جـ) دراسات خاصة بالنظرة للعالم لدى الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

الباحث	العينة	الأداة	النتائج
جرينبرج وبيك Greenberg & Beck ١٩٨٩،	٢٤ مريض قلق بدون أعراض اكتئابية ١٧ مريض اكتئاب بدون أعراض قلق، ١٥ مجموعة ضابطة من تشخيصات أخرى غير الاكتئاب والقلق	عبارات خاصة بوصف العالم نصفها سلبى والنصف الآخر ايجابى	المجموعات غير الاكتئابية أظهرت فروق ذات دلالة فى النظرة الموجبة للعالم

التداخل بين حالات القلق والاكتئاب

فى العديد من التقسيمات لتصنيف الاضطرابات الانفعالية يوضع القلق والاكتئاب ضمن فئة واحدة لدى الأطفال والمراهقين أو يوضع كل منهما منفصلا عن الآخر من حيث الأعراض والتشخيص وأحيانا يعالج الاضطرابين معا ونذكر منها على سبيل المثال بعض التصنيفات والآراء ومنها : تقسيم منظمة الصحة العالمية وضع القلق والاكتئاب فى فئة واحدة وهى الاضطراب العصابى (neurotic di sorder)
ويوجد أيضا تصنيفات تضع القلق والاكتئاب كل فى فئة منفصلة ففى الولايات المتحدة الأمريكية تضع رابطة الأطباء النفسيين الأمريكين (١٩٨٧) القلق والاكتئاب كل فى فئة منفصله لدى الأطفال والمراهقين . حسب دليل التشخيص الاحصائى للاضرابات العقلية (D.S.M- III) . وبالنظر لهذا التصنيف الأخير حسب الأعراض وقصر التصنيف على الأطفال والمراهقين لم يوضح الاضطراب لدى فئة الأطفال والتباين فى الأعراض عند لدى المراهقين . ونظرا لهذا التباين فى التقسيمات المختلفة للاضطرابات الانفعالية أجريت العديد من الدراسات كمحاولة لايجاد دلائل وحدود فاصلة بين كلا من القلق والاكتئاب .

ويشير (أحمد عكاشه ، ١٩٩٢) الى وجود " الاكتئاب والقلق المختلط ويستخدم هذا التشخيص عندما يتواجد كل من القلق والاكتئاب دون غلبة أحدهما على الآخر ودون أن يتواجد أى من نوعى الاعراض بدرجه كافيه ، وهذه الفئه المختلطه حددها (أكينباك وآخرون Achenbach-et al ١٩٨٩) ويعتبر كلا الاضطرابين أكثر شيوعاً لدى الأطفال عن غيرها من الاضطرابات الأخرى .

ويعزى البعض سبب التداخل وعدم التمييز بين الاضطرابات الى ضعف التعبير عن الانفعالات ووصفها لدى الأطفال وخصوصاً صغار السن . وان كان هذا الرآى صائب فهنا هو السبب للتداخل بين الاضطرابات لدى المراهقين .

ويعتبر البعض كلا من القلق والاكتئاب اضطراب عصابى ويقع الافراد على متصل واحد يقع القلق فى طرف والاكتئاب فى طرف آخر أمثال (ديلى - واشك وآفرى وولسن ودونار Dealy, I shiki, Avery, welson, and Dunner

(١٩٨١٠)/

ويظهر التداخل ليس فى التصنيف فقط بل فى عبارات المقاييس المستخدمه لقياس كلا منهما .

اسم الاختبار	قائمه القلق كحاله وسمه للأطفال	اختبار القلق الظاهر للأطفال	قائمهالاكتئاب للأطفال
	STAIE	CMAS	CDI
الفقرات	٦ فقرات	٦ فقرات	٦ فقرات

ثالثا : دراسات تناولت تاريخ الاسره كمحاوله للتمييز بين القلق والاكتئاب وهذه المحاوله الاخيره تناولت القلق فقط وحالات الاكتئاب فقط دون دراسه للحالات المختلطه (قلق - اكتئاب) .

أولا : أمثله من الدراسات التى أظهرت التداخل بين القلق والاكتئاب فى التشخيص .

موضحه بالجدول التالى ...

الباحـــث	العينـه	النتائـج
١- اندرسون وآخرون Anderson et al 1987	٦٣ طفل فى عمر ١١ سنه	٤٩ قلق - ثوبيـا ٤- داثيميا - اكتئـاب ١٠- قلق - اكتئـاب يمثلون ٩ر١٥٪
٢- استيرس لاست وهيروسون وكازوم Strauss, Last, Herson, and Kazdin 1988	١٤٠ طفل فى عمر (٥-١٧ سنه) وتم تشخيصهم قلق فى العياده	٧٦ قلق فقـط ٣٠ قلق - اكتئاب بنسبه ٣ر٢٨٪ ٣٤ اكتئاب فقـط
٣- كارى وفنيك وام Carey, Finch and Imn 1989	٢٩ طفل من داخل المستشفى ومتوسط العمر الزمنـى ٩ر١٢ سنـه	١٣ اكتئاب فقـط ١٦ اكتئاب - قلق بنسبه ٢ر٥٥٪
٤- ويسمان وآخرون Weissmah et al 1984	٢٢ طفل من عمر (٦-١٧ سنه) وتم تشخيصهم كاضطراب انفعالى	٥ قلق فقـط ٩ اكتئاب فقـط ٨ قلق - اكتئاب بنسبه ٤ر٣٦٪

٥- كوفكس وآخرون Kovacs et al ١٩٨٩.	١٢٤ طفل فى عمر (٨-١٣ تم تشخيصهم كاضطراب الفعالـى	٨٥ - اكتئاب د دايثيميا ٣٩- اكتئاب - قلــق بنسبه ٥ر١٣٪
٦- بيرنستين وجارفنينيك Bernstein and Garfinkel ١٩٨٦.	٢١ طفل من عمر (٩-١٧ سنه) لديهم رفض للمدرسه مزمن	٣ قلق فقـط ٥ اكتئاب فقـط ١٣ قلق - اكتئاب بنسبه ٩ر٦١٪
٧- كوستيلو وآخرون Costello et al ١٩٨٨.	٧٨٩ طفل من مركز الدعايه الأوليه للأطفـــال	١٧٢ قلـق ١٣ اكتئـاب ٣ قلق - اكتئاب ٨٪

ثانيا : امثله من الدراسات للتمييز بين القلق والاكتئاب من حيث الانفعالات المميزه لكـل اضطراب والجانب الادراكي المعرفـي .

١) دراسه (بلومبرج وازارد Blumberg & Izard ١٩٨٦.)

عن التمييز بين ألأنماط الانفعاليه للأطفال المشخصين كقلق واكتئاب فى عمـر زمـنى (١٠) سنـوات .

وأظهرت الدراسه مايلــى :=

١- الحالات الاكتئابيه تميزت بالغضب والشعور بالذنب وكراهيه الذات والخجـل .

٢- الحالات القلقيه تميزت بالغضب والشعور بالذنب والخجـــل .

وتميزت المجموعه الاكتئابيه بانفعال اساسه الحزن والمجموعه القلقيه بانفعال أساسه الخوف ولكن وجد ان المجموعه الاكتئابيه لديها مخاوف بدرجه عاليه ولهذا قرر بأنه من الصعب فصل الاضطرابين فى فئه منفصله وكان ينظر لكلاهما كحاله وجدانيه سالبه .

وترى الباحثه الحاليه أن هذه الدراسه أظهرت أن المجموعه الاكتئابيه تتميز بالحزن وكراهيه الذات عنه لدى المجموعه القلقيه بناء على المقارنه السابقه .

(٢) دراسه (بيك ولودى وبوهمير Beck, Leude&Bohmer ١٩٧٤) .
عن التمييز بين الجانب المعرفى للاكتئاب والقلق لدى الأطفال والمراهقين ،
فوجدوا ان النمط المعرفى للفرد القلق وكأنه يحاول ازاله خطر أو أذى متوقع
بينما فى الاكتئاب يتركز على الفشل والنقد للذات والآخرين .

(٣) دراسه (كيندال واطسون Kendall & Watson ١٩٨٩) .
عن التمييز بين القلق والاكتئاب عند الاطفال من حيث الجانب الانفعالى المميز لكل فئه وأظهرت النتائج وضع الفئتين ضمن الاضطراب الانفعالى السالب .

(٤) دراسه (ماسير وكلومنجر Maser & Clominger ١٩٩٠)
عن الجانب المعرفى لحالات القلق والاكتئاب عند الاطفال وأهم ما يميزها .
أظهرت الدراسه ان الجانب المعرفى يظهر ادراك الحالات القلقيه لخطر وشيك الحدوث وفى الاكتئاب نقد وكراهيه للذات .

ثانيا : أمثله من الدراسات التى تناولت تاريخ الأسره كمحاوله للتمييز بين القلق والاكتئاب :-

(١) دراسه (لونجستون ونوجينت ورادير وسميث Lwingstion, Nugent, Rader ١٩٨٥م) .
درسوا التاريخ الأسرى لـ (١٢) حاله قلق (١١) حاله اكتئاب من الاطفال وجمعوا معلومات عن الآباء والاجداد . وجدوا فروق بسيطه بين تاريخ الأسره

فى المجموعتين . فوجدوا أن كلا المجموعتين لديهم تاريخ أسرى لاضطرابات وجدانيه ومن المتعاطين الخمور . ووجدوا فروق واحد فقط بين الفئتين هو انتشار تعاطى الخمور أو المخدرات بصوره أكثر لدى أسر الاطفال القلقين .

(٢) دراسه (ابرك وبرادى وفيليب وكيندال Eirik, Brady, Philp and Kendall

قاموا بدراسه للتاريخ الاسرى للأطفال والمراهقين المشخصين كحالات قلق أو اكتئاب للتمييز بين الاضطرابين ، ولم تظهر هذه الدراسه فروق ذات أهميه فى التاريخ الاسرى وتناولت هذه الدراسه كل اضطراب على حده ولم تتطرق الى دراسه الحالات المختلطه وذلك تناولت الأطفال والمراهقين كعينه معا رغم الاختلاف بين الفئتين .

(٣) دراسه (استافراكك وآخرون Stavrakak ١٩٨٧ .

عن التاريخ الاسرى لأطفال قلقين واطفال اكتئاب وتم تصنيف الاسر الى (٤) مجموعات . مجموعه لديها اضطراب انفعالى . ومجموعه لديها اضطراب انفعالى ، ومجموعه لديها اضطراب معرفى ومجموعه لديها اضطرابات مختلطه ومجموعه خاليه من الاضطراب .

وأظهرت الدراسه أن الاطفال القلقين تميزت أسرهم بالمشكلات المختلطه (معرفى - انفعالى) والأطفال الاكتئابين تميزت أسرهم بمشكلات ذات صبغه انفعاليه .

الاضطراب الوسواسي القهري

Obsessive Complsive Disorder

يعتبر اضطراب الوسواس القهري (O.C.D) أقل الاضطرابات النفسيه شيوعاً حيث تقل نسبته بين مختلف الاضطرابات (٣٪) وتصل بين المجموع العام من الافراد (٠٫٠٥٪) (كابلان استيفن Kaplan, S ، ١٩٩٤)

ويعزى البعض انخفاض نسبه وجود اضطراب الوسواس القهري منفصل هو تشابههما مع البرانويا والذهاب بوجه عام من حيث تجريد الفكره وتكرارها ويعتبر صلاح مخيمر ميكانيزم العزل والتجنب والسبب الآخر هو الاختلاف بين الشخصيه العصابيه القهريه واضطراب الوسواس القهري حيث لا يوجد نموذج الشخصيه القهريه في كل الحالات وتفرق الدراسات النفسيه التحليليه بين ميكانيزم الدفاع في الاضطراب الوسواسي والشخصيه الوسواسيه فيغلب على الشخصيه الوسواسيه (التثبيت) على المرحله الشرطيه من النمو النفسي الجنسي . بينما في الاضطراب يوجد (النكوص) ضد قلق الصراعات الاودينيه وكلا من المظهر الوسواسي سواء سمه أو عرض يعكس ميكانيزم دفاعي هو الاسقاط لكل من الشخصيه الوسواسيه القهريه والاضطراب الوسواسي القهري وكاجراء لعقاب الأنا الأعلى (جولد ستين Goldstein ١٩٨٥) والأعراض الوسواسيه القهريه سواء للاضطراب أو للشخصيه الوسواسيه القهريه يعزيها البعض الى الصراع بين العدوانيه والخضوع ، والنظافه والقذاره أو كونه جيد أم رديئاً أو آمراً أو مأمورا .

ولقد وجد (شابيرو Shapiro ١٩٦٥) تشابه بين نموذج الشخصيه البارانويه والحالات الوسواسيه القهريه من حيث الاعتقادات والآراء غير الواقعيه التي تم تجريدها حيث يفسر (صلاح مخيمر ١٩٧٧) حدوث الافكار والمسالك القهريه بميكانيزم العزل والتجنب بعزل الفكره المتسلطه عن الجهاز الحركي وبالتالي تمنع من التنفيذ أي يتم عزلها عن شحنتها الانفعاليه الدافعه وبالتالي تصبح مجرد فكره عاجزه لا سبيل أمامها

للتنفيذ الفعلى وعندما بزداد الأمر تعقيداً تظهر المسالك القهريه التى تحول التلقائيه الى خط مرسوم لا يجيد عنه لمزيد من ضمانات العزل والتجنب فمثلا العدد والتكرار دليلا على الشك والتردد وهنا يظهر الفرد معزول داخل نفسه وضمن اطار محدود .

وذوى الاضطرابات الوسواسيه القهريه يشعرون بتفاهة هذه الافكار والمعتقدات ولكن لا يستطعون التخلص منها أو السيطره عليها وتعديلها .

بينما فى حالات البرانويا الاعتقاد حازم بصحه افكارهم ومعتقداتهم وكذلك يكون النكوص أمعن فى حالات الرانويا .

وبرى عكاشه أن بعض حالات الوساوس القهريه تتحول الى اضطرابات ذهانيه أو بشفى المريض من الوساوس القهريه وتظهر لديه اضطرابات ذهانيه وتتداخل اعراضه مع المخاوف بدرجه كبيره من حيث التجنب لبعض الاشياء كالخوف من التلوث والمرض ويتميز ذوىالاضطرابات الوسواسيه بالاندفاع والشك والتردد وامعان التفكير فى التفصيلات .

وفيما يلى بعض الاعراض:

١- الافكار والصور الوسواسيه .

٢- الافعال القهريه .

١- الافكار والصور الوسواسيه :

وهى سيطره فكره خاصه على المريض أو صوره لمنظر محدد تتكرر باستمرار ولا يستطيع المريض مقاومتها أو التخلص منها رغم وعيه بسخافه الفكره الملحقة أو الصوره المتكرره ويحاول جاهداً التخلص من الفكره أوتصور تلك الصوره ولكن دون جدوى .

٢ - الاندفاعات

ويسيطر على المريض رغبة أو اندفاع لايقاوم لأفعال لايرضى عنها ومعظمها أفعال لا يرضها الدين ولا الخلق والقيم + ويقاوم هذه الاندفاعات التى تكون فى صورة عدوانيه أو انتحارية أو مخالفه وتؤدى إلى توقف نشاط الفرد للمقاومة الشريرة التى يبديها تجاه هذه الاندفاعات .

١ـ اجـترار الافكـار :

ينتاب المريض أفكاراً وأسئله ليس لها اجابات ولكن لا يستطيع التخلص منها رغم اقتناعـــه بعدم صحتها وتتعلق الاسئله دائماً بالنواحـي الدينيـه أو السياسيـه أو ال

المخـــــاوف :

هناك ارتباط بين الفوبيا (المخاوف) والافكار والصور القهريـه وأيضاً الاندفاعـــات والطقوس الحركيه مثل الخوف من التلوث والمرض أو ركوب السياره أو الطائـره .

الطقوس الحركيـه :

وهى افعال قهريه يسيطر على المريض ولا يستطيع الحد منها أو منعا رغم اعتقاده بعدم صحتها مثل عد أعمدة الكهرباء ويتبع هذه الطقوس الحركيه مخاوف ويتميز بالاندفـــاع ولا يستطيع السيطره عليها ولذلك تترابط هذه الأعراض مكونه زمله أعراض تميز مرض اضطـــراب الوسواس القهرى وفى بحث لـ (أحمد عكاشه) وجد ان الطقوس أكثر انتشارا ويتبعهـــا بعض المخاوف وفى اغلبها لها علاقه بالنواحي الدينيه وفى مجملها تمثل ما يتعلق بما يحرمه الدين الاسلامى ووجوب الطهاره والتخلص من الأثـام سـواء بالاغتسال أو التوبــه .

وهنا تظهر أعراض خاصه بالنظافه والتلوث ولذلك يتميز العصابى القهرى بالتناقض الوجدانى والملاحـظ أحيانـاً ان الاعراض القهريه ...

ميكانيزمات الدفـــاع :

ونظرا للارتباط بين الميكانيزمات الدفاعيه والعصاب فيستخدم مريض العصاب القهـرى اساليب دفاع ضد أفكاره وطقوسه التى لا يستطيع مقاومتها ومنها الاسقاط والنكـــوص والعـزل والمحـو والكبت والتكوينـات المضـاده .

المقاييـــــــس

يوجـد العـديد من المقاييس لقياس الاضطرابات وشدتـه وتكـرار السلوكيات ومنهـا

* مقيـاس يالى بـراون للوسواس القهرى

Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale.(Y-Bocs)

ويتكون من ١٠ بنود لقياس شده الاعراض مثل الوساوس والاندفاعات والتدقيقات والتكـرارات السلوكيه ويتميز بثبـات وصدق عـال داخلى وتوضع فيه الدرجـه على الوساوس كقسـم وقسـم آخـر للاندفاعـات

* مقياس المعهـد العالى للصحـه العقليه للعصاب القهـرى (NIMH-OC

National Institute of Mental Health Obsessive Compulsive Rating Scale

ويقيس الافكار الوسواسيـه الحصاريـه والمقاومـه للاعراض الاندفاعيه والقلق ومشاعر الذنـــب العصابيـه والتجنب ويتكون من (٨) بنـود وأجريت لـه تعديلات وصدق وثبـات

* مقياس التقدير الذاتى لاضطرابات الوسواس القهرى

Sepf Rated Scale For Obsessive Compulsive Qis orders (SRSOCD)

ويتكون هذا المقياس من (٣٥) بنـدآ وتقع الاجابه عليها فى مستويات خمسـه ويقيـــس المقياس أربعـه مكونـات هـــى :-

١ـ الضيق الناتج عن الضغـــوط	1- Distressing
٢ـ الافكـــــــار	2- Thougths
٣ـ الطقوس	3- Rituals
٤ـ الكمـــال	4- Perfection
٥ـ الخوف من التلوث	5- Contamination

ويعتبر هذا المقياس شاملا وسهل التطبيق في المجال السيكومترى كما أجريت له صدق المحك مع المقياسين الكلينيكيين السابقين .

المراجع

١- **أحمد عزت راجح (١٩٧٧)** . أصول علم النفس. القاهرة . دار المعارف .

٢- **أحمد عكاشه (١٩٩٢)** . الطب النفسى المعاصر. القاهرة . الأنجلو المصرية .

٣- **أحمد محمد عبدالخالق (١٩٧٧)** . قائمة ويلوبى للميل العصابى . كراسة التعليمات دار سعيد للطباعة . الاسكندرية .

٤- **أحمد محمد عبدالخالق (١٩٧٩)** الأبعاد الأساسية للشخصية . القاهرة . دار المعارف .

٥- **أحمد محمد عبدالخالق** ، مايسة النيال . فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية . مجلة دراسات نفسية . ١٩٩٢ المجلد الثانى . العدد (١).

٦- **أمال عبدالسميع باظة (١٩٨١)** . دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية لدى المراهقين الأصحاء والمصابين بروماتزم القلب ماجستير - غير منشور - تربية طنطا .

٧- **آمال عبدالسميع باظة (١٩٨٦)**. العدوانية وعلاقتها بأبعاد الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين دراسة تجريبية إكلينيكية . دكتوراة . تربية طنطا.

٨- **آمال عبدالسميع باظة**. السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل كأسلوب معرفى لدى مرضى الإكتئاب الأساسى من الجنسين . مجلة كلية التربية بالزقازيق.١٩٩٣. العدد العشرون . يناير.

٩- **آمال عبدالسميع باظة** . مشاعر الذنب لدى الفصاميين البرانويديين وذوى الميل العصابى والاسوياء. مجلة كلية التربية ببنها . ١٩٩٤ . أكتوبر.

١٠- **آمال عبدالسميع باظة** . الكمالية العصابية لدى مرضى الفصام البرانويدى والاكتئاب الأساسى والهستيريا التحويلية والاسوياء من الجنسين . المجلة المصرية للدرسات النفسية (١٩٩٦) المجلة السادس. العدد (١٥)

١١- **آمال عبدالسميع باظة** . الكمالية العصابية والكمالية السوية . مجلة دراسات نفسية (١٩٩٦)المجله السادس . العدد ٣ يوليو.

١٢- **حسين عبدالعزيز الدرينى (١٩٨١)**. مقياس الخجل (كراسة التعليمات) دار الفكر العربى . القاهرة

١٣- صلاح مخيمر (١٩٧٩) المدخل الى الصحة النفسية . مكتبة الأنجلوالمصرية . القاهرة.

١٤- عبدالرقيب أحمد البحيرى (١٩٨٢). إختبار القلق حالة وسمة (كراسة التعليمات) دار المعارف القاهرة .

١٥- محمود السيد ابوالنيل . دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالامراض الجلدية وجوانبها الارشادية والتربوية . مجلة جامعة الامارات العربية المتحدة . ١٩٨٣. المجلد الاول - العين .

١٦- مصطفى سويف (١٩٧٨) علم النفس الحديث . معالم ونماذج من دراساته . مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة .

١٧- وليم الخولى (١٩٧٦) الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى . دار المعارف - القاهرة .

18- **Agras, S. Barlow. D. choplin, H. Abel, G., & Lettenberg, H.** Behaviour Modication of Anorexia nervosa. Archives of General psychiatry, 1984, 30,279-301 .

19- **Agras, S. (19870)** Eating disorders managment of obesityblimia. and anorexid nervosa, Elmsford, ny. pergamon.

20- **Alford, B, & Boyle, M. (1982)** Nutrition during the life cycle. englwood cliffs, ny . prentice hall.

21- **Abmagor, M. &Bem- porath.** the two factor model of self-reported mood: Acrosscu tural repilcation. journal of personality assessement (1989) 53-10-12.

22- **Arwar, A, Majida, I. and Qamar, H (1979).** Acomarative study of certain personality characteristic of psychosmstic and psychoneurtic. Indian journal of clinical psychology. N. b. pp, 181-184.

23- **Averill, J.R.** studies on anger & aggression implications for theories of emotion. american psychological (1983) 38, 1145-1160.

24- **Bandura. A. (1973).** aggression. a social learning analusis. N. y. prentic hall, englewoof cliffs.

25- **Bandura, A. & ealters, R. (1977).** social learning and personality development N y

26- **Beck, A. T. (1979)** cognitive therapy and emotional dis orders. N. Y. inter national university press.

27- **Berkowitz, L. (1979)** dome detenninations of Im ulsive aggression the role of medicated associations with reinforcement for aggression, P.

28- **Brich, leann. L,.** obestity and eating disorders: Adevelopment prespective. dissertation abstracts, (1992), vol, 78, 29780.

29- **Boozy, timothy, L. Perry, Narry, Nathan W. Rancy, Gary Fischler (1991).** detection of quality knowledge with event related potentiols, journal of applied psychology (Dec) vol 76 (6). 788-795.

30- **Blomberge, S. H. & I zard. C.E. (1986).** discriminating patternso femotions in 10 & 11 years old childre's nnxiety and depression. journal of personality 51-852-857.

31- **Brich, leann. L.** obesity and eating disorders: Adevolpmental prespective. Dissertation absteacts, (1992), vol 78, 24780.

32- **Brombra, D., cammins, G. & friedman, S. (1980).** Protecting physical and mental health. In. J. rehage.. Toward. ado lescene. the middle school years (pp.141- 162), chieago; NSSE.

33- **Bryant, waugh, R lask, B,** anorexia nervosa in a group of asian childrens living in britain. British journal of psychiatry, (1991), vol. 158, feb. 229-233.

34- **Burns, D.** the perfectionism aeript for seff- defeat . psychology to day , 1980, november, 39-51.

35- **Buss, A. H., & Perry, M.** the aggression Questoin airc journal at personality and social psychology, 1992, vol. 63, No. 3, 452-459.

36- **Bybee, Jane, A, & Zigler, tdward (1991):** self image and guilt. afurther test of the cognitivedevelopmental formatoin- journal of personality. (Dec). vol. 58 y 1, 733-745.

37- **Butcher, Ann Houston.** Disposition and decision making effects of negative effectivity and mood on effort and search straigies in multiatibute decision taske. dissertation abstracts (1992) vol 52. no. 6. December.

38- **Clark, I. S. (1970).** A comparison of twohostility inventories using an abnormal ppopulation , Bri. J. psychiat. no 116. P.225.

39- **Crown J. M. & Crown, S. (1973).** the relationship between personality and the presence of eheumatiod factor in early theumatoid disease. second- J. Rheum . no. 3. p. 120-123.

40- **Darivl, Thomas. J. Johnson, Ronald, G & Danko George, P. (1992).** personality correlates of pubilc and private self consciovs ness. personality & In dividual differences (May) vol, 13. (3) 381-384.

41- **Davies, E., & Furnham, A. (1986a)** the deiting and body shape concerns of adolecent females. journal of ohild psychology and psychiatry, 27, 414-426.

24- **Davies, E. & Furn Ham, A.** (1986b) bodily satisfaction in adolecnt girls. british journal of medically psychology, 59, 279-287.

43- **Dawn, M. Mc Daniel & Steven Rechard,** coping with dysphoria: gendor differences in cohege students. journal of clinical psychology, (1990), vol. 46. no, 6 novem ber, 896-899.

44- **Diner, E. lasen, R. J., Levin, S. & Emmons R. A.** Intensity and freguency dimentions underlying positive. tournal of persomality and soail psychology (1985) 48, 1253-1265.

45- **Drever, J. (1964).** Adictionary of psychology, middlesex, england , penguin books.

46- **Dun bar, F. (1993).** Psychomalic diagnosis. N. Y. pavol bhocler.

47- **Edmands. G. (1980).** the measurment of human aggressivness. england. ellis. horwood limited.

48- **Edward. B. Blanchord and larry, D. (1973).** Seff- control. of cardio functioning apromis as yet an fullfilled. psychogical bulletin, vol, 79, no. I. pp, 1-6.

49- **Ehirl, chman, H. & halpen, J. N.** Affect and memory effects of pleasent and unpleasent or ders on retrieval of happy and unhappy memories, journal of personality and social psychology (1988), 55, 769-779.

50- **Ekman, P. (1982).** Emotion in human face 2 nd (ed) cambridge, england. cambridge university press.

51- **Ekman, P., Davidson, R.J. & Friesen, W.** the duchenne smile: Emotional expression and brain phy siology. journal of personality

52- **Ecyclopedia Britanica. (1973).** vol. 15. london, proboscider. rubber.

53- **Eysenck, h. J. (1972)** encyclopesia of psychology, london. Herder and Herder.

54- **Eysenck, H. J. (1973)** Hand book of abnormal psychology. london pitermal medical .

55- **Fehr, L. & stamps, L. (1979) Givlt and Shyness :** Aprafile of docial discom fort. Journal of persona lity Assessment, 43,418-484.

56- **Feighner, J. Robins, E. Guzem. S. B. woodruff, R. A.** winokur,G.& Munoz R (1972). Diagnosticcriteria for use in psychiatric.

57- **Foulds, G. A. Caine. I. M. and hope, K. (1957).** Manual of hostility and direction hostility ques tionaire, londoupress.

58- **Foulds, G. A. (1965).** Personality and personalillness london tavistock publications .

59- **Frazier & shervts, H. (1980).** Headache. (chapter 26) in harold, I. (et al). eomprehensive text book of psychiatry. vol. II. london. willians & wikins batimore.

60- **Freedman, D. & kaplane, M. P. (1982) :** comprehensive text book of psychiatry, M.S. A william & wilkins company Baltimore.

61- **Freedman, Maurice (1991)** : Reflections on hidden exissten tialguilt, Humanistic psychological. (feb), vol. 4(3) 277-281.

62- **Frost, B. P. (1970):** Anote on extraversion and aggression western psychlogist, I, pp, 111-112.

63- **Frost, R.O. Marten, D. Lahat, G. & Rosenblate.** the dimentions of per fectionism, cagnitius. therapy and Research, 1990, 14, 449-468.

64- **Furnham, A. &Henly, S.,** lay belifs about over coming psychological problems. Journal of social & clinical psychology, 1988, 26, 423-438.

65- **Funham, A., & Kramers, M.** Eating problems patient's conceptions of normality. Journal of genetic psychology, 1989, 120, 147-153.

66- **Furnham, A., & Antera, H. W.** Lag theories of Anorexia nervosa, Journal of clinical psychology, 1992, vol. 48. No. 1. January. 20-36.

67- **George, L. K. H.S.U.** Experimental aspects of bulimia nervosa. be haviour modification 1980, vol. 4. No. I, January.

68- **Gothile, I. H. & Megor, J.P.** Factor analysis of the multiple affect ajective check list. Aseperation of positive and negative a ffect. journal of persona lity and social psycholgy (1986). 5, 1161-1165.

69- **Graham, P.T.(1972).** Psychomatic medicine. In Greenfield, N.S.& stern back, R.A. Hand book of psuchophy siology. N.Y. Holt rinehart & winston.

70- **Grinker, karen & R.R. Miller, J.Sabshin, M.Nunn, R. & Nunall 4, J. C (1961):** the phenomina of depression. Newe york. Hoelder.

71- **Guttman, O.(1966).** Psychological conditions and psycho therapy, N.Y. Gralinc foundation.

72- **Hamdckek. D.E.** Psychodynamics normal and nen rotic perfectionism. Journal of psychology, 1978, 15, 27-33.

73- **hass, K.(1979).** Abnormal psychology.N.Y. Dwan. nostrund company.

74- **Hewitt paul. L & censt, M.** the ideal self schematic processing per fectionistic content in dysphoria niver sity student. Journal of personality and social psychology, 1990. 59, 702-808.

75- **Hevirth paul, L. Flett gordon, L.** perfectionism in self and social contexts conceptea lization Assessment and association with psychopa thology. Journal of personality and social psychology, 1991, vol. 60 No 3, 456-476.

76- **higgin botham, Linda. G.K.** Anexistia and empirical analysis of death anxiety and perfectionism in aca de mically giftef and traditional college students. Dissertaion Abstracts. International, 1993, vol. 53, no 9,4995-B

77- **Howard, J.H.(1979).** Health patterns associated with type A behavio behavior. Dissrtation Abstracts. vol. 32.no. (9-B), P, 4575.

78- **Indira, S.N. and V.N. Nurphy. (1977).** Hostility conttels in psychosomatiic illness. Indian journal of clinical psychology. vol. 14. No. 2pp.

79- **Indria, S.N. Murthy. (1979).** T.A.T. hostilty and psychosomatic conditions. Indian. J. clinical psychology. vol. 67. No. 4. pp, 41-50 .

80- **izard, G.E. (1997).** Human emotions new york. plenum press.

81- **Jach, Ray stronge, 1956.** Abnormal psychology Mcgrake. hill. New delhi.

82- **Jane, L. Wong. & Dani, J. Waltekers,** depression mood state and their cogritive and personality corre lates in college students: the improve overtime. Journal of clinical. Psyshology, 1993, vol. 44, no. 3,615-622.

83- **Jefferu sobal & Albert. J.S.** socio economic status and obestity. Psycological. Bulletin, 1987, vol. 101, No. 2, 271-273.

84- **Jonk, Mills.** Differeces of locos of control. between obse Adult and Adolecentin femals under going weight reduction Journal of psychology, 1991, vol. 125, No. 2, 195-199.

85- **kenedell, R.E. (1970) :** Relation ship between aggression and depression. Archives of general. Psychiatry. No. 128. pp, 146-155.

86- **Kugler, karen & jomes, Earaun, H.(1992) :** On conceptualizing and assessing guilt. Journal of personality (Feb). vol, 62(1) 318-327.

87- **Kurk hass. (1979)** Abnormal psychology : van nostrand company. new york. P. 114-117 .

88- **Lee, Sing. Anorexia nervosa in adolecents of Asian extractions comment :** British journal of psychology, 1991 (Feb). 158, 284-285.

89- **Lee, Sing, Lewg, G.M. wing. Y. chin, F. Acne as arich factor for anorexia nervosa in chinese :** Dissertation Abstracts, 1992, vol. 78, 2492.

90- **Lisa, D., Hiz and Donald, A, williamson. Bullimia and depression :** A. Review of the Affective variant hgpo thesis. psychological Bulletin, 1987, vol. 102. No. I, 150-158.

91- **Lorne 3, K. (1969) .** On aggression . harcourt Brace and world new.

92-**Maccoby, E . E & Jacklin -C .N .(1974) .** The psychology of sex differences . starford califatin ford u. Press New york .p.

93- **Mariolice faubel .** Body Image and depression in women with Early and late onset obesity Journal of psychology.(1989) vol. 125, 285 - 295

94- **Marx, E.M. , & schut 3 , c . c . I .** Inter personal program solving in depressed students . Journal of clinical psychology .1991, 47, 361 - 367

95- **Maxwell, H . Migraine . (1966) .** Birstol .wright .

96- **Mayer, J- D- & Gaschke, y. N.** The experience and meta experience of mood . Journal of personality and social psychology (1988) 52 , 81 -90 .

97- **Nolen -Hoe ksema** . sex differences in unipolar depression Evidence and Theory, psychological Bulletin (1987), 1019, 259-282

98- **Phelps, L. & When Znki, F.** cognitive Behavioural. Dimesions with Non clinical Adolescents, Journal of clinical psychology, 1993, vol. 99, No. 4.

99- **Philips, G. (1976).** Headache and personality. Journal of psychosomatic research. vol. 20. pp., 535-542.

100- **Pike, kathleen, M& Radin, J.** mothers , doughters and disordered eating . Journal of Abnormal psychology , 1991 . (May) .vol'. 100 , No . 2 , 198 -204

101- Plutihik, R. (1980). Emotion .. Apsycho evalua tionary synthesis, New York, harper & Row.

102- **projansky, Dolores Eleabeth.** Effects of mood and affection recall of positive and negative in formd tionq about the self . Dissertation Abstraets (1990) vol . so , No 10 , April , 5189 - A .

103 - **Raskin, R, & Terry.** Aprincepal components analysis of the marciss it ic persona lity Inventory and further evidence of construct validity. Journal of persona lity and social psy chology, (1988), 59, 890-902.

104 - **Rastam, Marid & Gillberge, Christopher.** The family back ground in dnorexia nervosa, A population Based study Disserta tion Abstracts, 1992, vol.78 24934.

105 - **Rimon, R. (1973).** Rheumatoid factor and aggression dynamic in female patients with heumatoid arthritis. scand. J. Rheumatology. No. 2. pp., 119-122.

106- **Rita, H. & Rees, L. (1973).** psychological aspects of migraine. J. psychosomalic research. vol. 17. pp., 141-153.

107- **Robert, B. (1980).** Aggression. In freedman and Benjanis, J. compre hensive text book of psychaitry. vol. I. London williams & wilkins.

108- **Rowland, Neil, E. Bio logical.** factors in eating and its dis orders . psycho logica LBulletin. 1991, vol. 29, No. 3, 249-256.

109- **Russell, J. A.** Acircumplex model of affect. Journal of personality and social psychology, (1980), 39 , 1161 - 1178.

110- **Scott, J. P. (1977).** The physiology of aggression and defect. N.Y. plenum press.

111 - **Selye , H. (1956).** The stress of life .N. Y. Me - Grawe hall .

112- **Slade, P.** Towards funetional. Analysis of anorexic and bulimid nervosa. British Jornal of clinical psychology, 1982, 21, 167 - 179.

113 - **Slade, P.** Update on scans . Ascreening instrument for Ident ifying indivi duals at risk of deve lobing an eating disorders, 1990, In terna tional Journal of eating disorders, vol. G, No. 5, 583 -584.

114- **Slade, P. D., & Dewey, M. E.** Devel opment and preliminary validation of : SCANS : Ascreening in strument for identifying individuals at risk of developing anorexid and bulimia nervosq. In terna tional Journal of eating dis orders, 1991, 5, 517 - 538.

115- **slade, p. D. Newton, T. Butter, N. M., & Murthy** Anexperimental analysis of perfec ionism and dissatisfaction British Journal of clinical psychology, 1991, 169 - 176.

116- **Smith, E. R., & Kleugel, J. R.** Cognitive and soeial bases of emotional experience : outcome attribution and affect .Journal of personality and social psychology (1982), 43, 1129 -1141.

117- **Steven Brady.** Perfectionism and Millons basic persona lity patterns. Dissertation Abstraets Inter national, 1988, vol. 49. N. 6. 2405-2406.

118- **sotozkin, B.** The quest for porfection : Avoi ding guilt or avoiding shame? Psycho therapy, 1985, 22, 564 -571.

120- **Walman, B. (1973).** Dectionary of behavioral science (Edt : 1)

N. Y. van Nostrand Rinold company.

121- **Walman, B. (1973).** Hand, book of general psychology, new Jersy, prentic hall, Engle wood clifs.

122- **Warren, H., G. (1954).** Dictionary of psychology, Boston. Houghton Mifflin company.

123- **Watson, David & clark, Lee, A. (1992)**: Affects separable antinsepara ble on the hieraracluc of arrangement of negative affects. Journal of personility & social psychology (Mar). (3), 489 -505

124- William, D. (1975). Neural faetors related to habitual aggression. In moyer, K, E. Physiology of agg ression. N.Y. Raven press

125- Wright & Irving, (1976). Role of psychogenic and behavior patterns en development and aggression. J. Medicen, vol, 75. N-2. P.P., 2128 - 2132.

126-Wright, Longm (1978). Conceptilizing and defining psychosomatic disor ders. American psychologist. VoL. 32. No. 81. Pp. 625 -628.

127- Zatten, Waxler & Carloyn (1989): patterns of civiltion of children of well depressed mothers. Journal of society for research in child deve lopment April, 27 - 30.

128- Zahin, Waxper. & Carolyn (1991): Religion and guilt in O C D patients. Journal of Anxiety disorders. Vol. 5 (4). 359 - 361

129- Zillman, D. (1979). Hostility and aggression N.Y. Erllous Associates.

فهرست الموضوعات

الفصل الأول : الشخصية

الفصل الثانى : الاضطرابات السلوكيه :

الفصل الثالث : الاضطرابات الوجدانيه:

رقم الإيداع ٩٧/١٥٣٣٨
الرقم الدولى 977-05-1588-4

مطبعة جامعة طنطا